

# MASTEROPPGAVE

Mastergrad i samhandling innen helse- og sosiale tjenester.

## Pasienters erfaringer om langtidsoppfølging etter gastric-sleeve operasjon.

av

Tone Sandvik

Mai 2015

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgave i: Samhandling innen helse- og sosiale tjenester

Tittel: Pasienters erfaringer om langtidsoppfølging etter gastric-sleeve operasjon.

Engelsk tittel: Patients experiences of long-term follow up after gastric-sleeve surgery.

Forfatter: Tone Sandvik

Emnekode og emnenavn: MS1 306

Kandidatnummer: 7

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (sett kryss):  
Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven i Brage.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett

Dato for innlevering:  
22.05.2015

JA_x_	Nei__	
Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF		Emneord (minst fire):  Kvalitativ, intervju, langtidsoppfølging, forventninger.

Norsk

Tittel: Pasienters erfaringer med langtidsoppfølging etter gastrici-sleeve operasjon.

Sammendrag: Det er grunn til å tro at en viss andel av pasientene som gjennomgår bariatrisk kirurgi, ikke er fornøyd med behandlingsresultatet. Denne studien har tatt utgangspunkt i pasienter som har krysset av for misfornøyd eller usikker på behandlingsresultatet, gjennom et evalueringsskjema de fylte ut ved poliklinisk etterkontroll. Fokuset har vært å få en innsikt i hva denne misnøyen består i. Det ble intervjuet 4 pasienter, som hadde gjennomgått operasjon for 4-5 år siden og intervjuene ble analysert basert på en fenomenologisk tilnærming.

Funn viser at selv om alle hadde oppnådd noe vektreduksjon, så var de fleste skuffet over ikke å ha oppnådd tilfredsstillende vektreduksjon, eller at de også hadde lagt på seg en del igjen. Det viser seg også at deres forventninger til behandlingsapparatet ikke innfris i form av ønsket oppfølging. Og at dette også påvirker deres vurdering av behandlingsresultatet. Videre viser det også en ambivalens og usikkerhet rundt bruken av fastlegen og kommunikasjonen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, fra pasientenes perspektiv.

Engelsk

Title: Patient`s experiences of long-term follow up after gastric-sleeve surgery.

Abstract: It is reason to believe that a certain percentage of patients undergoing bariatric surgery are not satisfied with the result of treatment. The main focus of this study was interviewing patients which expressed dissatisfaction through evaluation-forms filled out after the surgery. And further try to understand the essence of their dissatisfaction. Four patients, who all had undergone surgery for 4-5 years ago, were interviewed and analyzed based on a phenomenological approach.

Findings show disappointment from all the participants, even though they had lost some weight. The disappointment consisted not only from the weight-loss result, but also unfulfilled expectations of the treatment- system. Findings show an ambivalence and uncertainty concerning the use of the family- doctor, and communication between the various professionals, from the patient`s perspective.

**MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG  
SOSIALTENESTER  
MASTEROPPGÅVE ( 30 studiepoeng )**

---

**SEMESTER:** Våren 2015  
(vår/haust – årstal)

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Tone Sandvik  
**RETTLEIAR/AR:** John Roger Andersen og Maj-Britt Råholm

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:**

**Norsk tittel:** Pasienters erfaringer om langtidsoppfølging etter gastric-sleeve operasjon.

**Engelsk tittel:** Patient`s experiences o flong-term follow up after gastric-sleeve surgery.

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Kvalitativ, intervju, langtidsoppfølging, forventninger.

---

**TAL ORD/SIDER:** 19304/49

**STAD ...**Eikefjord

21.05.15.....

**DATO/ÅR**

## **FORORD:**

Siden jeg alltid har hatt et personlig engasjement i behandlingen av sykelig overvekt har dette prosjektet vært spennende og utfordrende. Jeg hadde i utgangspunktet kun min nysgjerrighet på temaet som utgangspunkt. Det har gitt meg god innsikt i temaet, og mye nyttig kunnskap og erfaring innen bruk av forskningsintervju. Det hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten dette prosjektet uten nettverket av dyktige fagfolk, veiledere, medstudenter og familien.

Jeg vil først og fremst få takke mine informanter som stilte opp til intervju, og fortalte om sine personlige erfaringer. Jeg vil også takke sykepleier Lisbeth Schjelderup for at jeg fikk komme på fedmepoliklinikken og være observatør under et oppfølgingskurs for pasienter etter operasjon. I tillegg til at jeg fikk en grundig gjennomgang av behandlingsoalternativene og pasientforløp.

Og en stor takk til min hovedveileder Førsteamanuensis John Roger Andersen, som har utvist stort tålmod og bidratt med sin brede kunnskap om temaet. Din veiledning og dine faglige innspill har vært til stor inspirasjon. En stor takk også til min bi-veileder, Maj-Britt Råholm for utmerket veiledning på metode, og ikke minst for motivasjonen til å bli ferdig.

Jeg vil også takke studieledere og foredragsholdere for et spennende og interessant studie og ikke minst for at dere hadde troen på oss underveis. Og en takk til mine medstudenter for konstruktive diskusjoner og utveksling av erfaringer.

Så til sist en takk til familie og venner som har hatt tålmodighet når det har vært som mest intenst og travelt.

Eikefjord, 21. mai 2015

Tone Sandvik

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 <i>Formål og problemstilling</i> .....	1
1.2 <i>Avgrensning</i> .....	1
1.3 <i>Begrepsavklaring</i> .....	2
1.4 <i>Litteratursøk</i> .....	2
2.0 TEORI .....	3
2.1 <i>Fedmebegrepet</i> .....	3
2.2 <i>Behandlingstilbud</i> .....	4
2.3 <i>Pasientforløp</i> .....	4
2.4 <i>Tidligere kvalitativ forskning på oppfølging av fedmeopererte pasienter</i> .....	5
2.4.1 <i>Internasjonal kvalitativ forskning</i> .....	5
2.4.2 <i>Kvalitativ forskning i Norge</i> .....	10
2.4.3 <i>Teoretiske avhandlinger</i> .....	12
2.5 <i>Fenomenologi</i> .....	12
2.6 <i>Brukermedvirkning</i> .....	13
2.7 <i>Kommunikasjon</i> .....	14
2.8 <i>Samhandling</i> .....	15
2.9 <i>Oppsummering av teorikapittelet</i> .....	15
3.0 METODE .....	16
3.1 <i>Metodologi</i> .....	16
3.2 <i>Forforståelse</i> .....	16
3.3 <i>Valg av metode og prosjektets design</i> .....	17
3.4 <i>Utvalg og rekruttering</i> .....	18
3.5 <i>Forskningsintervju som datainnsamling</i> .....	18
3.6 <i>Transkripsjon av forskningsintervju</i> .....	19
3.7 <i>Systematisk tekstkondensering</i> .....	19
3.7 <i>Etikk</i> .....	23
4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....	24
4.1 <i>Overvekt som livserfaring før operasjonen</i> .....	24
4.2 <i>Nye erfaringer etter operasjonen</i> .....	25
4.3 <i>Forventninger om et nytt liv</i> .....	25
4.4 <i>De nye utfordringene</i> .....	26
4.5 <i>Behandling i form av oppfølging og omsorg</i> .....	28

4.6 Informasjon som god kommunikasjon.....	30
4.6 Endringer av rutiner etter operasjonen .....	31
4.7 Oppsummering av funn.....	31
5.0 DRØFTING AV METODE OG FUNN .....	33
5.1 Metodediskusjon.....	33
5.1.1 Kvalitativ metode for å belyse valgte problemstilling.....	33
5.1.2 Forskningsintervju som datainnsamling.....	34
5.1.3 Transkripsjon av intervju .....	35
5.1.4 Analyse av data .....	36
5.1.5 Validitet .....	37
5.1.6 Etikk.....	37
5.2 Drøfting av funn .....	38
5.2.1 Erfaringene som påvirket beslutningen om operasjon.....	38
5.2.2 Høye forventninger om til oppfølging og omsorg.....	39
5.2.3 Endringer og nye utfordringer.....	41
5.2.4 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid som en del av oppfølgingen.....	43
6.0 KONKLUSJON OG MULIGE IMPLIKASJONER.....	44
6.1 Konklusjon .....	44
6.2 Mulige implikasjoner for praksis og videre forskning .....	44
LITTERATURLISTE:.....	46

#### Vedlegg:

- 1) Kvittring fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste
- 2) Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- 3) Intervjuguide
- 4) Del av evalueringsskjema



## 1.0 INNLEDNING

I følge helsemyndighetene er sykkelig overvekt eller fedme etter hvert blitt et større og større samfunnsproblem. Det snakkes gjerne om at fedme betegnes som en av de største helseutfordringene samfunnet står overfor. På grunn av dette økende problemet har altså bariatrisk kirurgi blitt et av de vanligste behandlingstiltakene mot dette (Berg, 2013). Det har de seneste årene vært større interesse for å forske på dette temaet og flere av disse prosjektene viser også at fedme er et kompleks problem, som gjør det vanskelig bare å behandles kirurgisk (Natvik, Gjengedal og Råheim, 2013).

I Norge i dag er det omtrent 3000 pasienter årlig som får tilbud om fedmekirurgi, såkalt bariatrisk kirurgi på grunn av sykkelig overvekt og det viser seg å være en effektiv behandling for vektreduksjon. (Wang, Hofmann og Høymork 2014). I følge en studie av Marceau et al. (2007) viser det seg at man greier å redusere dødelighet og risiko for utvikling av alvorlige sykdommer betydelig med slik kirurgi. Noe som også påvirker følelsen av tilfredshet hos pasienten de første årene etter operasjonen. Det viser seg imidlertid at andelen fornøyde pasienter går betydelig ned etter 10- 15 år etter operasjon. Jeg er særlig interessert i å lære mer om hvilke forhold som kan ligge til grunn for at ikke alle pasienter føler seg fornøyde etter å ha gjennomgått en slik behandling.

### 1.1 Formål og problemstilling

Gjennom dette prosjektet ønsker jeg å løfte frem historiene til de som har meldt tilbake til behandlingsstedet, at de er misfornøyd eller er usikker på behandlingsresultatet, gjennom et spørreskjema de blir bedt om å fylle ut ved oppfølgingskontroll. Dette er for å se nærmere på noen av årsakene til at de ikke er fornøyd eller er usikker, og om dette kan ha sammenheng med hvordan det totale behandlingsapparatet fungerer..Jeg har valgt følgende problemstilling:

*Hvilke erfaringer har pasienter som etter poliklinisk kontroll har gitt tilbakemelding til behandlingsstedet om at det er misfornøyd eller usikker på behandlingsresultatet etter å ha gjennomgått en gastric sleeve-operasjon? Og hvordan har det totale behandlingsopplegget svart til pasientens forventninger og behov?*

### 1.2 Avgrensning

Ved å se nærmere på hvilke årsaker som kan ligge til grunn for å være misfornøyd med behandlingsopplegget, så ble det vesentlig å plukke ut pasienter som hadde gitt tilbakemelding via

spørreskjema om dette til behandlingsstedet. Av hensyn til omfanget av dette prosjektet så konsentrerte jeg meg om pasienter som hadde fått behandling ved ett sykehus i Norge. Videre konsentrerte jeg meg om pasienter som hadde gjennomgått en gastric sleeve-operasjon. Dette er også den operasjonen som er mest vanlig ved det sykehuset jeg hadde fokus på.

Det var også vesentlig for prosjektet å plukke ut pasienter som hadde gjennomgått operasjon for noen år tilbake, dette for å kunne se på oppfølgingen i et lengre tidsperspektiv. Av 4 pasienter som ble intervjuet så var det 3 som hadde vært på 5 års kontroll, mens 1 hadde blitt operert for 3 år siden.

### **1.3 Begrepsavklaring**

Innen helsevesenet blir begrepene fedmekirurgi og fedmeoperasjon bruk litt om hverandre. Jeg ønsker å bruke den medisinske betegnelsen bariatrisk kirurgi fordi jeg mener dette er mindre stigmatiserende. Videre har jeg intervjuet pasienter som har fått en gastric sleeve-operasjon, som er en av flere måter å utføre bariatrisk kirurgi på.

Når det gjelder pasientbegrepet så velger jeg å bruke dette fordi de fremdeles er under poliklinisk behandling. Men ved analysen, presentasjon av funn og diskusjonsdelen blir også begrepet intervjuperson benyttet, siden det presiserer relasjonen vi hadde under intervjuene.

Et annet sentralt begrep gjennom dette prosjektet er behandlingsapparatet. Med dette mener jeg både behandlingstilbudet som pasientene får poliklinisk, men også fra fastlege og eventuelt andre fagpersoner som psykolog og personlig trener.

I forbindelse med forventninger og behov er det pasientenes perspektiver jeg fokuserer på.

### **1.4 Litteratursøk**

Jeg brukte først og fremst bibliotekjentesten ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, og brukte Oria som søkemotor siden den søker i flere databaser. Jeg avgrenset søket til artikler og utgivelsesår 2002-2015. Søkeordene jeg brukte var i samråd med veileder og lød: bariatric surgery, obesity surgery, weightloss surgery i kombinasjon med qualitative, experiences, phenomenology. Søket ved Oria ga et resultat på 105 artikler, hvorav jeg plukket ut artikler som var basert på kvalitativ metode og med fokus på voksne pasienter som hadde gjennomgått bariatrisk kirurgi.

Jeg har også søkt i databasene Publine og helsebiblioteket. Det viser at det har blitt skrevet mye bare de siste 5 årene om temaet. Videre har jeg også funnet litteratur gjennom referanselister til artikler jeg har lest. I tillegg har jeg brukt Google for å søke på ordene fenomenologi og langtidsoppfølging av fedmeopererte pasienter.

## 2.0 TEORI

Her vil jeg redegjøre for den teoretiske rammen som danner grunnlaget for drøftingen av de funn jeg har gjort. Jeg redegjør først for fedmebegrepet, behandlingstilbudet og pasientforløpet. Videre presenterer jeg og redegjør for tidligere forskning i forhold til temaet. Jeg har også valgt å bruke teori som forklarer begrepene brukermedvirkning, kommunikasjon og samhandling.

### 2.1 Fedmebegrepet

I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er høy andel av kroppsfett en mulig risiko for dårlig helse. Det er altså prosentdelen fett sett i forhold til total kroppsvekt. Det er flere måter å måle dette på, som for eksempel gjennom CT-røntgen og MR. Men den enkleste måten å anslå graden av fedme er å bruke Kroppsmasseindex (KMI). Det er en utregningsformel som gir en verdi som igjen angir mulige forhold mellom vekt og sykdom. Og i følge deres tabell for vurderingen av sammenhengen mellom KMI og eventuell sykdom, så deles fedme inn i tre ulike grader. Mens begrepet overvekt kommer inn for voksne med KMI 25 og oppover, så klassifiseres fedme grad 1 som KMI 30 – 34,9. Fedme grad 2 med KMI 35- 39.9 og fedme grad 3 med en KMI fra 40 og oppover (Andersen 2011). Tabell 1 viser WHO sin klassifikasjon kroppsvekt knyttet til KMI:

<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Klassifisering</b>
<b>&lt;18.5</b>	<b>Undervekt</b>
<b>18.5-24.9</b>	<b>Normal vekt</b>
<b>25.0-29.9</b>	<b>Overvekt</b>
<b>30.0-34.9</b>	<b>Fedme grad I</b>
<b>35.0-39.9</b>	<b>Fedme grad II</b>
<b>&gt;40.0</b>	<b>Fedme grad III</b>

Tabell 1

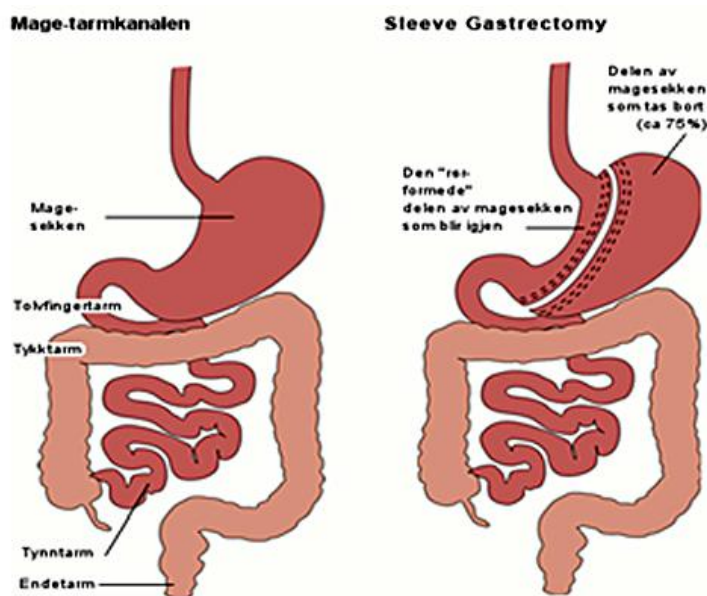
Hvis man ser på Helsedirektoratet sin forklaring på fedme sier de at det er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, men det sier lite om fedme som et sosialt fenomen. Det er heller ikke noen norm eller regel som med sikkerhet kan si noe om når fedme blir et helseproblem eller helserisiko. Man snakker om fedme som en risikofaktor til å utvikle alvorlige sykdommer som f.eks. diabetes, hjerte-kar sykdommer (Hånes, Graff-Iversen, og Meyer 2012).

## 2.2 Behandlingstilbud

I mitt prosjekt har jeg tatt utgangspunkt i Helse Førde sin prosedyre for vurdering og gjennomføring av fedmeoperasjoner, eller bariatrisk kirurgi, som det kalles på fagspråk. Hvor kriteriene for å få slik behandling er at man har en KMI over 40, med vesentlig nedsatt livskvalitet.

Samt pasienter med KMI over 35 med tilleggsykdommer som også reduserer livskvaliteten og samtidig øker risikoen for alvorlig sykdom eller tidlig død.

Videre fokuserer jeg også på personer som har gjennomgått en gastric-sleeve operasjon. Den går ut på at ca. 80 % av magesekken blir fjernet og den delen av magesekken som gjenstår blir som et avlangt rør, tilnærmet en banan i størrelse. Dette gjør at personen som har gjennomgått en slik operasjon har mye mindre plass i magesekken til matinntak, og samtidig reduseres sultfølelsen også ved at et sultstimulerende hormon, som produseres i magesekken, blir redusert. Tegningen nedenfor viser en illustrasjon av Sleeve Gastrectomy (Gastric sleeve):



Dette er den mest brukte kirurgiske metoden i Helse- Førde. På internasjonalt plan er det gastric-bypass som er den mest brukte, mens at gastric- sleeve er den nest mest brukte (Buchwald og Oien 2013).

## 2.3 Pasientforløp

Pasientforløpet vil nok variere noe mellom de ulike helseforetakene i Norge, men jeg har her også brukt Helse-Førde sin modell.

Fra pasienten blir henvist til spesialisthelsetjenesten gjennom sin fastlege, så blir henvisningen vurdert av vurderingstemaet ved fedmepoliklinikken, Førde sentralsjukehus.

Videre blir pasientene tilbudt et gruppebasert opplæringskurs og det gjøres individuelle vurderingssamtaler mellom psykolog, seksjonsleder/sykepleier og pasienten. Dette for og i samråd med pasient komme fram til en behandlings – og oppfølgingsplan. Det er først etter at dette punktet er gjennomført at behandlingsopplegget fastsettes og kirurgisk behandling blir iverksatt. Jeg synes det er greit å nevne at pasientene blir forespeilet andre alternativer til å redusere vekt og forandre livsstil ved f. eks. å gjennomføre et program for livsstilsendring ved et rehabiliteringssenter. Dersom kirurgi er bestemt så får pasienten en veiledningssamtale med kirurg, anestesilege, fysioterapeut og sykepleier ved fedmepoliklinikken.

Etter operasjonen tilbys pasienten oppfølging og kontroll ved fedmepoliklinikken etter 3 måneder, 1 år, 2 år, 5 år og 10 år. Kontrollskjema etter overvektsoperasjon fylles og til hver kontroll, samt at det tas blodprøver og urinprøve. I tillegg tilbys de også et gruppebasert oppfølgingskurs etter ca. 2 år. Det anbefales også at pasienten har oppfølgingskontroller hos fastlege parallelt med kontrollene ved poliklinikken. Pasienten må selv bestille kontroll hos fastlege (Helse- Førde).

## **2.4 Tidligere kvalitativ forskning på oppfølging av fedmeopererte pasienter.**

Jeg har valgt å gå gjennom både internasjonal og nasjonal forskning som er gjort fra 2002 til i dag. Og tok utgangspunkt i kvalitative studier. Det er tydelig at forskning på langtidsvirkningen av bariatrisk kirurgi har økt særlig de siste 5 årene. Og det er interessant å se hvordan fokuset har skiftet gjennom årene. Fra å se mest på pasientenes situasjon i forkant av operasjon og tiden like etter, så har fokuset flyttet seg til å handle mer om så se på oppfølgingen og behandlingsresultater i et videre tidsperspektiv. Jeg velger å skille mellom nasjonal og internasjonal forskning når jeg presenterer dette.

### **2.4.1 Internasjonal kvalitativ forskning**

I 2002 skrev Bocchieri, Meana og Fischer om de psykososiale forandringene som kunne oppstå for pasienten etter å ha gjennomgått bariatrisk kirurgi i USA. Mange av de som deltok i denne studien betegnet behandlingen og den kraftige vektnevdgangen som en transformasjon og gjerne også gjenfødelse. Deres studie viser også at selv om livet etter kirurgi førte til store forandringer så var de aller fleste forandringene sett på som noe positivt. Og det også hadde betydning for hvordan de oppfattet og mestret sin livssituasjon videre. Særlig peker de på hvordan pasientene opplevde forandringene som oppstod som spenningsmomenter som ikke nødvendigvis var negativt, de skapte heller nye dagligdags utfordringer som pasientene måtte forholde seg til. Et annet viktig poeng for

denne studien var også at tidligere forskning hadde i hovedsak vært basert på den medisinske forskningen rundt selve inngrepet. Mens at det var gjort lite kvalitativ forskning på hvordan slik behandling påvirket livet til pasienten på lang sikt.

Videre kom det en forskningsartikkel basert på en studie av Ogden, Clementi, Aylwin og Patel i 2006, ved Kings College i London. Dette var en studie som var både basert på kvantitativ og kvalitativ metode. De gikk ut og spurte 22 pasienter som hadde gjennomgått bariatrisk kirurgi de siste 4 årene, så spurte de også 39 pasienter som stod på venteliste for operasjon. Disse ble sammenlignet og det ble konkludert med at den gruppen som hadde gjennomgått operasjon, generelt veide mindre enn de som stod på venteliste. Det viste også at de hadde mer negative erfaringer med kosthold og mat, men likevel følte en forbedring av helsen. Videre ble 15 av disse pasientene, som hadde hatt operasjon, intervjuet for å få innsikt i hvordan en forbedret helsesituasjon påvirker bedret energi og selvtillit. Det viste også en forbedring når det gjaldt mat- og kostholds rutiner.

For en studie gjort i USA på afro-amerikanske kvinner, viste det seg at dette var en sosial gruppe som var overrepresentert i forhold til sykkelig overvekt og sykdommer knyttet til dette.

I tillegg var denne gruppen også mindre villige enn andre kvinner til å gjennomgå behandling for sin overvekt, og særlig bariatrisk kirurgi. Det viste seg at de hadde noen barrierer som gjorde det vanskelig for dem å gjennomføre behandling, hvorav mangel på tid og mangel på ressurser var noen av faktorene. Samt at de også identifiserte seg med å ha en større kropp. De hadde også bekymringer for effekten av eventuell behandling og en generell oppfatning av at kirurgi var en ekstrem behandlingsmetode(Lynch, Chang, Ford og Ibrahim 2007).

Så i 2008 kom det ut ei bok av Meana og Ricciardi i USA som er basert på intervjuer med 33 pasienter som hadde gjennomgått en gastric-bypass operasjon. Denne boka gir leseren en innsikt i ulike aspekter ved å gjennomgå slik operasjon. De trekker frem aspekter som belyser både de fysiologiske forandringene som skjer med kroppen, men også de sosiale utfordringene som mange av pasientene møter. Særlig med tanke på reaksjoner fra samfunnet rundt seg, hvor kanskje overvekt og fedme blir sett på med mange fordommer. Og selv om vekten ble kraftig redusert så eksisterer likevel mange av dilemmaene og problemene i forhold til mat og sosialt liv, og ikke minst forholdet til sin egen kropp.

Dette følges videre av Zijlstra, Hennie, Larsen, van Ramhorst og Geenen (2009) hvor det fokuseres på nettopp det at ikke alle pasienter som gjennomgår bariatrisk kirurgi opplever tilfredsstillende vektreduksjon. Pasientenes forklaringer rundt dette går mye ut på at det var vanskelig å gjøre sin bevissthet om egeninnsats om til faktisk å gjøre noe. Både med tanke på spisevaner og fysisk aktivitet. Det pekes på behovet for faglig råd og veiledning særlig postoperativt.

I en studie i Brasil i 2010, ble det sett på hvilke erfaringer kvinner hadde etter å ha gjennomgått bariatrisk kirurgi. Det pekes på psykososiale faktorer som direkte påvirkning for behandlingsresultatet. Positive tilbakemeldinger og erfaringer på aksept fra samfunnet ble trukket frem som motiveringsfaktorer. Mens at diskriminering gjerne førte til tap av motivasjon for å fortsette egeninnsats. Det ble også pekt på at forbedret selvtillit og selvbilde var faktorer som forbedret livskvaliteten, men også forbedret psykopatologiske symptomer. På den andre siden var dårlige erfaringer og tap av motivasjon viktige risikofaktorer, og ble gjerne koblet til følelsen av å mislykkes. Denne studien trekker frem nødvendigheten av å utvikle en større forståelse av de psykologiske aspektene ved vektreduksjon (Magdaleno, Ronis, Chaim og Egberto, 2010).

I 2011 ble det igjen gjort en studie av brasilianske kvinner med fokus på det psykologiske aspektet ved kirurgisk behandling av sykkelig overvekt. Man slår fast at sykkelig overvekt har en betydelig påvirkning på kvinners livskvalitet og kroppsbilde. Bariatrisk kirurgi gir rask forandring både fysisk, men også sosialt og emosjonelt.

Vekttap gir følelsen av sosial aksept og en «ny» feminin kropp, men kan også føre til følelsen av fortvilelse og følelsen av forsvarsløshet. Noe som igjen kan føre til utvikling av fobiske symptomer. Særlig dersom behandlingsresultatet bringer skuffelse. Overflødig hud og arrdannelse blir gjerne sett på som mislykket behandling og har også ført til økt etterspørsel for plastisk kirurgi, selv om det er slett ikke alltid at slik kirurgi kan gi det forventede resultatet (Magdaleno, Chaim, Pareja, og Turato, 2011).

Ogden, Avnell og Ellis (2011) intervjuet pasienter som hadde gjennomgått operasjon for 10 år og som hadde en oppfatning av at inngrepet var mislykket. Pasientene forklarte mislykketheten enten som et utfall av utilfredsstillende effekt av selve operasjonen, eller at de fremdeles brukte mat som en følelsesmessig regulering.

Flere av dem mente også at den kirurgiske behandlingen ikke tok hensyn til de sinnsmessige utfordringene de hadde. Ved at de gjerne gjennomgikk enda en operasjon opplevde de nå forandringer i spiseatferd, noe som de så på som en kognitiv oppvåkning gjennom å ha investert i to kirurgiske inngrep. Forholdet mellom kropp og sinn førte til utfordringer som skifter mellom fokuset på sin egen innsats og selve mekanismen rundt operasjonen. Det vanskeliggjør opplevelsen av suksess når man ikke ser nødvendigheten av å behandle hele individet som ett.

I tillegg til risikofaktorer som hjerte-kar sykdommer og andre alvorlige livsstilssykdommer som følge av sykkelig overvekt, så er også overvekt en risikofaktor for å utvikle artrose i ledd. Særlig i kne og hofteladd, som direkte belastes av kroppsvekten. Det viser seg at vekttap kan redusere smerter og nedsatt funksjon i leddene, men det finnes lite litteratur som evaluerer bariatrisk kirurgi og denne behandlingens påvirkning på artrose i ledd. Dette er noe som bør forskes mer på i følge Gill, et al (2011).

I følge Hollywood, Ogden og Pring, (2012) så er likevel bariatrisk kirurgi den mest effektive formen for behandling mot sykkelig overvekt. Særlig for pasienter med en kroppsmasseindex (KMI) over 40 eller over 35 for de som har tilleggssykdommer. Og det er også kun et lite mindretall som ikke opplever forventet vektreduksjon etter operasjon, eller legger på seg tapt vekt igjen. Uansett så kan det se ut til at psykologisk hjelp betyr mye for følelsen av suksess, særlig med tanke på spisevaner, selvtillit og bevissthet rundt spising og følelser. For selv om operasjonen kan bidra til vektreduksjon så vil eventuelle psykologiske utfordringer som pasienten har, forbli uløste.

Noe som også Zunker, Karr, Saunders og Mitchell (2012) fokuserer på når de skriver om pasientenes spiseatferd og måltidsrutiner postoperativt. De peker på behovet for å søke å forstå bedre fenomenet overspising, eller såkalt grazing. Flere pasienter forteller om spising som er ute av kontroll og at de gjerne spiser av kjedsomhet i stedet for sult. Det som er mer interessant er det faktum at flere pasienter faktisk beskriver dette som en grei og sunn måte å forholde seg til mat på siden de spiser små mengder, selv om de gjør det gjennom hele dagen. Derimot kan man også se på det som en usunn adferd fordi spising blir en ugjennomtenkt og dårlig vane.

Et videre fokus på hvordan pasienter med sykkelig overvekt ser på sin egen overvekt og behandlingsoalternativene som finnes, tas opp i en studie av Da Silva og Da Costa i 2012. Hvor de intervjuet 30 personer med sykkelig overvekt for og mulig å avdekke hvordan disse pasientenes forventninger og tro på behandlingen påvirker selve behandlingen. Spisevaner ser ut til å påvirke tilstanden samt at dette er noe pasientene ser på som krevende å endre på og kontrollere. Å følge diett og kostholdsrad oppleves for mange som et stort offer. Likevel ser de fleste pasientene på selve operasjonen som en mulighet for et nytt og bedre liv, hvor også helsepersonellet har en signifikant rolle. Og det kan se ut til at det er av stor betydning for pasientens situasjon at helsepersonell forstår sin rolle som profesjonell. Videre at å informere og «myndiggjøre» pasienten i sin situasjon er viktig, både før og etter operasjon.

Etter hvert som flere og flere pasienter med sykkelig overvekt gjennomgår bariatrisk kirurgi, så har også behovet for plastisk kirurgi, for fjerning av løs og overflødig hud, økt. Likevel er det lite litteratur på hvilke påvirkninger slik kirurgi har for pasienter med stort vekttap. I følge Klassen, Cano, Scott, Johnson og Pusic (2012) pasienter som de intervjuet, rapportert om bekymringer rundt utseende, fysisk helse, seksual helse og psykologisk helse og sosiale utfordringer. Intervjuene som ble gjort hadde til hensikt å avdekke påvirkningen av alle aspektene ved pasientens liv, ved å gjennomgå plastisk kirurgi. Det viste seg at slik behandling faktisk spiller en rolle i fullføringen av hele prosessen med å bli kvitt overvekt. Og at fjerning av overflødig hud ga pasientene en forbedring av utseendet, noe som også påvirket fysisk, psykisk og sosial helse og velvære.



Dette støttes også av Jabir (2013) som hevder i tillegg at plastisk kirurgi like mye har en funksjonell rolle for pasienten, som den har rent kosmetisk.

Smith, Farrants og Jacqui (2013) intervjuet 8 personer ett år etter gjennomgått plastisk kirurgi for fjerning av overflødig hud. Hvor skam og mangel på aksept for sin kropp var faktorer som påvirket beslutningen om en slik operasjon. Synet på egen kropp ble gjerne sett i forbindelse med hver enkelt pasients kulturelle kontekst.

I en artikkel skrevet av Knutsen, Terragni og Foss (2013) pekes det på hvordan sykkelig overvekt anses som en kronisk sykdom hvor det er viktig å myndiggjøre pasienten i større grad for å kunne ta mer ansvar for sin helse. Det er imidlertid lite empirisk basert kunnskap rundt dette. Likevel fremstår det som vesentlig å fokusere på pasientens perspektiv i form av identitet, livsstilsendring og ikke minst postoperativ oppfølging. Hvor noen pasienter faktisk uttrykker en ambivalens mellom det å oppnå frihet fra sin overvekt til likevel å ha kontroll med sin situasjon.

Selv om bariatrisk kirurgi blir ansett som den mest effektive behandlingen mot ekstrem eller sykkelig overvekt så viser det seg at mellom 20- 50 % legger på seg igjen i løpet av 1 ½ - 2 år etter operasjon. Cassin et. al. (2013) viser til kognitiv adferdsterapi som en mulig intervensjon, både pre- og postoperativt, for å møte dette problemet. De fleste som deltok i denne studien kunne fortelle om forbedringer i forhold til ukontrollert spising, følelsesmessig spising og depresjoner. Og de fleste ga positive tilbakemeldinger slik terapi både før og etter operasjon.

Dette tas også opp av Grønning, Scrambler og Tjora (2013), hvor de peker på sykkelig overvekt som en følge av sosiale gruppers påvirkning for enkeltindividet. Hvor kroppsliggjøring, egen- og sosial identitet, stigmatisering, og avvik angående forholdet mellom personlig ansvar og samfunnet får betydning for hvordan individet også oppfatter sin situasjon. Det pekes på den betydningen den sosiale strukturen har, for hvordan en gruppe eller samfunn behandler et avvik. Og således hvordan enkeltindividene forholder seg til hverandres og egne helseproblemer, som sykkelig overvekt tross alt er.

Sosiokulturelle aspekter har altså en betydning for synet på kroppen. Særlig blir nok kvinner påvirket av diskriminering og negative oppmerksomhet i synet på sin egen kropp ved sykkelig overvekt. Således har bariatrisk kirurgi hatt positiv effekt også på følelsen av bedre sosial akseptasjon og dempet følelsene av utilstrekkelighet og ensomhet (Castro, Ferreira, V.N, Chinelato og Ferreira, M.E. 2013).

Det bringes også frem mer fokus på hvordan helsepersonell skal møte de utfordringene, som sykkelig overvekt og behandling for dette, gir pasientene. Det er liten tvil om at helsepersonell har en betydelig rolle i å støtte og hjelpe pasienten til å takle sin situasjon.

Spørsmålet er hvordan helsepersonell skal møte de negative holdningene som stammer fra stigmatiseringen av sykelig overvekt. Og ikke minst hvordan de selv takler sine egne fordommer. Profesjonalitet har betydning for relasjonen mellom helsepersonell og pasient, og vil således også påvirke behandlingens utkomme. Og det bringer frem viktigheten av videre forskning og implementering av kunnskap og praksis (Brown og Flint, 2013).

Dersom man skal se litt videre på sosialkulturelle påvirkninger for behandling av sykelig overvekt, så trekkes det også frem faktorer som kulturelle restriksjoner angående sosiale og fysiske aktiviteter. Noe som gjelder særlig kvinner innen Islamsk kultur. En studie gjort i Saudi-Arabia viser nettopp dette. Hvor restriksjonene faktisk kunne være faktorer som førte til inaktivitet og sykelig overvekt. Det trekkes også frem noen barrierer for behandling mot overvekten, som for eksempel tradisjonell bekledding, matkultur, normer for gjestfrihet og begrensninger i aktiviteter utendørs. I tillegg har betydningen av normative roller og følelsen av maktløshet til selv å takle problemet ført til at det er vanskelig å søke behandling. Den sosiale aksepten innen den familiære konteksten har også stor betydning (Alqout og Reynolds, 2014).

Peacock, Sloan og Cripps, (2014) trekker frem nødvendigheten av fysisk aktivitet etter bariatrisk kirurgi, og hvordan pasientene kan motiveres til å innføre gode rutiner på trening og fysisk aktivitet for å bedre sin vektreduksjon og minske risikoen for å legge på seg igjen. Det viser at motivasjon eller mangel på motivasjon er en barriere, i tillegg til rent fysiske problemer med å bevege seg. Det viser seg derfor nødvendig at gode treningstilbud, basert på god kompetanse, er lett tilgjengelige. Dette for at terskelen til og delta blir lavest mulig for pasienten. Det eksisterer fremdeles lite litteratur på hvilke faktorer som spiller inn i forhold til pasienters evne og motivasjon til fysisk aktivitet og trening etter operasjon.

#### **2.4.2 Kvalitativ forskning i Norge**

Det har etter hvert blitt større fokus på at mange har god hjelp av fedmekirurgi, men slett ikke alle føler at det gir den hjelpen som var forventet. Og det er etter hvert blitt viktigere å se pasientforløpet i et lengre tidsperspektiv. Flere føler at livet etter operasjon er preget av nye krevende utfordringer ved økt kroppsfokus, endringer i sosiale relasjoner og etablering av nye rutiner. I tillegg blir følelser om skam, skyld og selvforakt forsterket dersom vektnedgangen ikke går som forventet eller at man får vekttoppgang (Natvik, Gjengedal og Råheim, 2013).

Det kan se ut til at bariatrisk kirurgi som gir stort vekttap hjelper pasientene med ett stort problem, men det skaper også nye utfordringer. Noe som også Marte Rossavik, 2013 skriver i sin masteroppgave, hvor hun spør hvordan pasienter som har gjennomgått gastric- bypass opplever utfordringene de møter og hvilke forventninger og behov de har til oppfølgingen etterpå.

Studien viser at selv om det kirurgiske inngrepet virker vellykket og vektnedgang skjer så oppstår gjerne nye utfordringer med matinntak, stigmatisering, overflødig hud og bekymringer for framtiden. Og at behovet for individuell og tett oppfølging er ønskelig fra pasientene selv. Hun reiser også noen etiske spørsmål om hvordan et allerede presset helsevesen skal kunne ivareta og følge opp stadig flere fedmeopererte pasienter.

De siste 2 årene har det blitt gjort mer forskning på hvordan livet etter bariatrisk kirurgi håndteres. Berg, (2013) skrev en avhandling som bruker et sosiologisk perspektiv hvor hun så på sykkelig overvekt som et sosialt fenomen hvor den overvektige kroppen blir gjort til et kirurgisk objekt. Hvor man går inn og forandrer anatomien i en kropp som i utgangspunktet egentlig er normal, men stor. Her diskuteres også normalitetsbegrepet i forhold til kroppens størrelse. Et av hovedpunktene i denne studien er at overvekten er relasjonell, hvilket gjør det tydelig at man det ikke er tilstrekkelig å redusere kroppens størrelse rent fysisk. Og at man også må se på de relasjoner som skaper overvekten og som også opprettholder den.

Warholm, Øien og Råheim,(2014) viser til beskrivelser fra pasienters erfaringer fra vektreduksjon etter bariatrisk kirurgi. Hvor hele forandringsprosessen påvirkes av bevegelse og aktivitet, frihet men nye krav med tidligere restriksjoner, spisevaner og fordøyelse, kompleksiteten av forandringene, utseendet- at man er mindre men har løsere hud, sosiale relasjoner i forhold til stabilitet og forandring ved å være seg selv, samt sårbarhet og selvsikkerhet. Disse temaene som nevnes forandret seg med tanke på fokus og relevans, over tid. Men var likevel til stede mer eller mindre under hele prosessen.

I en studie gjort av Groven (2013), ble 22 kvinner, som hadde gjennomgått gastric- bypass, intervjuet om hvordan livet deres var påvirket av sykkelig overvekt og hvordan utfordringene som oppstod etterpå påvirket livssituasjonen. Formålet var å fokusere på kvinners erfaringer både i forhold livsstilsendringene etter operasjonen og hvordan kroppen forandrer seg. Og det viser at en av de største utfordringene er å se at dette er en stadig pågående og kompleks prosess. Og det bringer frem flere nyanser av vår kunnskap om hvordan helseeffekten av slik behandling er, og hvordan det kanskje behandler ett problem men skaper nye i form av de utfordringene som måtte oppstå individuelt.

Spisevaner og vanskeligheter med sunne og gode måltidsrutiner virker å ha vært problematisk gjennom livet for personer med sykkelig overvekt. Og det er derfor viktig at dette følges opp etter operasjon også, siden dette ikke lar seg kurere kirurgisk. Spisevaner er ofte et sensitivt og komplekst tema for pasienten, og nettopp derfor nødvendig at det fokuseres på mer kunnskap rundt denne problematikken.(Natvik, Gjengedal, Moltu og Råheim, 2014).

I følge Groven, Råheim, og Engelsrud, (2015) så er tilrettelagt diett kombinert med fysisk aktivitet ansett for å være den mest effektive måten til å sikre at vekttapet etter kirurgi ikke stopper opp og pasienten begynner å legge på seg igjen. Like viktig er det å tilrettelegge for et individuelt opplegg, noe som viser seg å være mer effektivt enn standardiserte opplegg med treningsgrupper.

### **2.4.3 Teoretiske avhandlinger**

Jeg velger også å trekke frem to teoretiske avhandlinger som kritisk diskuterer bariatrisk kirurgi som behandlingsform.

Hofmann (2010) trekker frem de moralske utfordringene med bariatrisk kirurgi. Han hevder at slik behandling er effektivt på både kort- og medium sikt, med tanke på vekttap og reduksjon av risikofaktorer og dødelighet. Likevel peker han på det faktum at man går inn og forandrer på det som i utgangspunktet er friske organer. For å kunne hjelpe pasienten med vekttap. Det er ikke en kurerende operasjon, men tar sikte på å oppnå en reduksjon av symptomer, av en tilstand som er ansett for å komme av mangel på selvkontroll. Noe som også er gjenstand for betydelige fordommer. Her pekes det også på et nødvendig tilbakeblikk på etiske faktorer i fra behandlingsapparatets side, i møte med pasienter som er i kategori for å få kirurgisk behandling. Dette for å kunne skape bedre avgjørelser når det kommer til hvilken type behandling pasienten skal få.

I Norge ga Gro Rugseth (2011) ut en avhandling som tar for seg overvekt som livserfaring, og hun belyser to forsknings spørsmål: - Hvordan erfares det å leve som tykk og hva forteller disse erfaringene om det å være tykk i dagnes samfunn? Hvor kroppsvekten er en belastning og er til hinder for hva man ønsker å gjøre. Og det er disse følelsene som gjerne forsterkes gjennom behandlingsapparatet. Den viser et språk mellom pasientens egen oppfatning av seg selv og sin overvektige kropp. Og behandlingsapparatets oppfatning om hvorfor det er viktig å redusere vekten. Det diskuteres om vektreduksjon i seg selv gir den behandlingseffekten som man går ut fra, med tanke på en lettere tilværelse. Det er flere spørsmål rundt selve behandlingsapparatet som reiser seg her, særlig med tanke på selve behandlingskonteksten. Hvor for eksempel pasientenes tidligere erfaringer om det å være fysisk aktiv faktisk ikke trekkes frem i dialogen om en vektreduksjon. Og at faktisk det å bli tynnere kan oppleves og erfares som både utrygt og ubekvemt.

## **2.5 Fenomenologi**

Siden dette er et prosjekt basert på kvalitativ metode så er det naturlig å bruke fenomenologi som en teoretisk ramme. Et fenomenologisk vitenskapssyn søker å forstå den subjektive opplevelsen og erfaringen, for å kunne forklare enkeltindividets opplevelse av en situasjon eller hendelse (Thagaard, 2013).

Og det er nettopp dette jeg er ute etter i mitt prosjekt. Jeg søker å forstå den enkelte pasient sin opplevelse av hvordan det var å gå gjennom en fedmeoperasjon og hvordan tiden etterpå har forløpt i forhold til forventninger og behov. Jeg ønsker å se deres perspektiv på det å være pasient, men også deres opplevelse av det totale behandlingstilbudet og hvordan samhandlingen mellom behandlingstilbudene kan ha påvirkning for dette.

Fenomenologien ble utviklet av Edmund Husserl tidlig på 1900-tallet, og han var opptatt av at mennesket bruker sin oppfatning av en gjenstand, fenomen eller hendelse til å forklare. Han er opptatt av dette med det han kaller jeg-bevissthet. Som individ så ser man, og tolker det man ser. Husserl bruker også begrepet livsverden, hvor livsverden ikke bare består av ting, men også i høyeste grad av andre individer som også har sin jeg-bevissthet (Aadland, 2011).

Samtidig for å kunne tolke og forstå sosiale fenomener er det også viktig å tenke at alle er aktører, i dette tilfellet informant og forsker. Og selv om det er informantens livsverden jeg søker å forstå så vil også min livsverden og fortolkning få betydning for hvordan informasjonen jeg får blir oppfattet og formidlet (Kvale og Brinkmann, 2012).

## **2.6 Brukermedvirkning**

Begrepene brukermedvirkning, mestring og myndiggjøring er blitt mer og mer brukt innen helse – og sosial sektor. Disse begrepene er ment å gjøre brukerne av helse- og sosiale tjenester mer nødt til å benytte sine egne ressurser for å søke hjelp og behandling. Samtidig er det også ment å gjøre brukerne mer selvstendige og samtidig i bedre stand til å treffe avgjørelser selv som har betydning for deres daglige situasjon.

Det gjøres mye for å gi brukerne kompetanse til å takle denne rollen, mens det derimot fokuseres mindre på hvordan helsepersonell, som eksempel, forstår begrepet mestring i sin profesjonelle relasjon til brukere eller pasienter. Retten til informasjon har blitt sterkere lovfestet og det legges stor vekt på helsepedagogikk. Likevel viser det seg å være krevende for mange å se nytten av rollen som bruker, særlig siden systemet i seg selv på flere måter ikke er fleksibelt nok til å gi rom for dette. Det er også interessant å betrakte mestring som sosial kapital. I form at enkeltindividet gjennom sosiale nettverk tilegner seg informasjon, mulighet til innvirkning og ikke minst å føle seg verdsatt og videre forsterke selvforståelse og identitet (Heggen, 2010).

Noe også Starrin (2009) skriver når han tar for seg begrepet sosial kapital i ett litt videre perspektiv. Han hevder at man kan betrakte dette begrepet som ulike former for sosiale relasjoner.

Og det finnes forskning som viser at det er sammenheng mellom det og ikke å være sosialt akseptert og det å føle skam. Og videre sammenheng mellom skam og dårligere psykisk helse.

Larsen og Sagvaag,(2011) skriver at begrepet brukermedvirkning kan videre ses som en maktfordeling mellom bruker og det profesjonelle hjelpeapparatet. Men det kan også ses på som en sosial læringsprosess som er i stadig endring, og er dynamisk på den måten at forståelsen av ulike roller under denne prosessen stadig utvikles.

## **2.7 Kommunikasjon**

Ordet kommunikasjon i sin aller enkleste form kan se på som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter(Eide, H. og Eide, T. 2011).

Dersom man ser på kommunikasjon som meningsskapende og relasjonsorientert, kan den også forstås som legende og kan styrke mestring og myndiggjøring. Man snakker altså om helsefremmende kommunikasjon. På tross av mye informasjon som blir gitt pasienter/brukere så er det ingen som kan med sikkerhet si at kommunikasjonen er bedret. Informasjon kan ses som en del av kommunikasjon, men det er viktig å være bevisst på at kommunikasjon mellom mennesker handler først og fremst om relasjoner, og det mellommenneskelige. Det er også hensiktsmessig å se helsefremmende kommunikasjon som klinisk eller terapeutisk. Hvor kontekst er et nøkkelbegrep, siden kommunikasjon skaper kontekst og kontekst skaper kommunikasjonen. I alt hjelpearbeid er omsorg det man ønsker å gi og brukeren ønsker å motta. Likevel er det et vesentlig poeng at det er ikke den omsorgen som hjelperen opplever å gi, som betyr noe. Det er omsorgen som brukeren eller pasienten opplever å få som er viktig(Ekeland 2010).

Et godt eksempel på behovet for klinisk kommunikasjon er i de situasjoner hvor pasienter har behov for livsstilsendring for å bli bedre av en tilstand eller sykdom. I slike tilfeller er det pasientens beslutning om å gjøre endringer, som står sentralt. En forståelse og respekt for pasientens selvbestemmelse blir avgjørende i rådgivning for slik atferdsendring(Bagøien og Prescott, 2013).

## 2.8 Samhandling

Willumsen, (2009) hevder at ut i fra idealet om brukermedvirkning kommer også diskusjonen rundt tverrfaglighet og tverrprofesjonelt arbeid. Ved å sette brukeren i fokus skal altså alle tjenestene vedkommende mottar være individuelt tilpasset, samordnet, gi rom for medvirkning og ikke minst tilgjengelig. Dette krever altså koordinering fra det profesjonelle hjelpeapparatet og krever at flere profesjonsgrupper jobber sammen for å yte et best mulig helhetlig hjelpetilbud.

Kvarnstrøm (2009) skriver videre at tverrprofesjonelt samarbeid gjerne består av ulike profesjoner som arbeider sammen i team, hvor man arbeider mot et felles mål for å yte et effektivt og helhetlig tilbud til brukere av helse- og sosiale tjenester. Men at dette også kan by på flere vanskeligheter både innad i hvert team, men også mellom team og bruker. Noen av disse vanskelighetene går ut på dynamikken innad i teamet særlig med tanke på profesjonsforståelse, samt mulig ujevn fordeling av kunnskap fra hver profesjon, i forhold til hver bruker sitt individuelle behov.

Brataas, (2003) hevder at samarbeidsrelasjoner er basert på tillitt mellom alle partene. Det er en viktig forutsetning for å utvikle en fellesskapsfølelse for å jobbe sammen mot et mål. Man kan også anse utvikling av fellesskapsfølelse som en gruppeprosess, hvor samarbeidsgruppen stadig utvikles. Enten gruppen består av profesjonelle hjelpere eller også om selve brukeren er en del av gruppen.

## 2.9 Oppsummering av teorikapittelet

Jeg har gjennom dette hovedkapittelet søkt å gjøre rede for selve fedmebegrepet, og pekt på behandlingstilbudet for pasienter med sykelig overvekt. Jeg har også redegjort for hvordan pasientforløpet fortøner seg for den pasientgruppen som er med i dette prosjektet. Videre har jeg gått dypt inn i forskningslitteraturen rundt bariatrisk kirurgi, og sett trukket frem flere ulike aspekter for betydningen og langtidsvirkningen for slik behandling. Jeg har også trukket frem begreper som fenomenologi, brukermedvirkning, kommunikasjon og samhandling for å kunne belyse den komplekse situasjonen rundt behandling av sykelig overvekt, både ut fra pasientenes perspektiv og fra hjelpeapparatets perspektiv.

Jeg vil nå gå over på å redegjøre for metode og teori rundt bruk av kvalitativ metode for å belyse den problemstillingen jeg har valgt.

## 3.0 METODE

Med en gang jeg hadde bestemt meg for temaet jeg ville skrive, om så virket det for meg naturlig å velge en kvalitativ metode, med personlig intervju. Jeg vil gjennom dette kapitlet redegjøre for hva som betegner kvalitativ metode, samt en presentasjon av hvordan jeg utførte dataanalysen.

### 3.1 Metodologi

Vitenskapelig kunnskap skiller seg fra annen kunnskap ved at den skal være basert på systematisk og kritisk refleksjon, og at den vokser frem gjennom den vitenskapelige metoden man velger å bruke for å kunne belyse et spørsmål eller problemstilling. Det er kunnskap som ikke bare er privat men også deles med andre. Derfor er det også viktig at den fremtrer som overførbar slik at den kan brukes av andre i nye sammenhenger og således bringe viktige nyanser om ulike fenomener. Gode forskere ser også hvordan kunnskap om hvordan kunnskap blir til, noe som bør bringe frem ydmykhet og nye spørsmål. Likeledes også en erkjennelse av at vitenskapelig kunnskap ikke er evige sannheter(Malterud, 2013).

Kvalitativ metode er en metode som søker å gi kunnskap om, eller gi en forståelse av ulike sosiale fenomener. Og den gir mulighet til å gi slike fenomener en dypere og rikere beskrivelse og forståelse. Likeledes egner også kvalitativ metode seg for å studere fenomener som det ikke eksisterer så mye kunnskap om fra før. De dataene som blir samlet inn ved kvalitativ metode er gjerne tekst i stedet for tall. Hvilket gir grunnlag for stor variasjon når det kommer til analyse. Forskerens rolle er avgjørende gjennom hele forskerprosessen, noe som både påvirker innsamling av data og hvordan dataene analyseres og fortolkes. Derfor er også kvalitativ metode avhengig av systematikk for å kunne vise hvordan kunnskapen har blitt til. Noe som er avgjørende for kunnskapens reliabilitet og validitet(Thagaard, 2013).

### 3.2 Forforståelse

For å kunne klargjøre hva man ønsker å finne ut ved et forskningsprosjekt basert på kvalitativ metode så må man også ha et utgangspunkt. Spørsmål som: - Hva kan jeg om temaet, og – hvorfor ønsker jeg å finne ut om dette, vil være med på å gi klarhet. Noe som krever en viss kunnskap om det aktuelle temaet. Så er det også viktig å være bevisst på om den kunnskapen man besitter overskygger kunnskap og svar man tilegner seg underveis i prosjektet. Dersom forforståelsen hindrer en i å se den kunnskapen et empirisk materiale kan ha, så blir det også vanskelig å se noe faktisk resultat(Malterud, 2013).



Jeg hadde i utgangspunktet en nysgjerrighet til temaet som baserte seg på et privat engasjement. Jeg har som pårørende sett hvordan fedme kan redusere både livskvalitet og føre til alvorlige helseproblemer. Jeg har imidlertid ingen profesjonell erfaring med temaet. Likevel valgte jeg å skrive om dette fordi jeg utover dette masterstudiet ble ytterligere engasjert og ikke minst fordi det eksisterer et godt fagmiljø rundt sykehuset og høgskolen. Noe som gjorde det lettere for meg å få tilgang til fagfeltet slik at dette prosjektet var mulig å gjennomføre.

Det er mitt private engasjement som først og fremst har ført til den allmenne kjennskapen jeg har til problematikken rundt fedmeoperasjon og oppfølgingen etterpå. For å kunne gjennomføre dette prosjektet har jeg tilegnet mer fagkunnskap ved å lese forskningsartikler og faglitteratur om emnet. I tillegg var jeg så heldig å få delta som observatør på et av oppfølgingskursene som blir holdt av fedmepoliklinikken for pasienter som hadde gjennomgått operasjon for ca. 2 år siden. Det ga meg en bedre innsikt i hva pasientgruppen var opptatt av i forhold til sin situasjon og behandling. Jeg fikk også et møte med sykepleier som var leder for fedmepoliklinikken, hvor jeg fikk god informasjon om pasientforløpet fra de blir henvist av fastlege, til vurdering om de fyller kriteriene for operasjon, samt også hvordan oppfølgingen skal foregå etterpå.

Dette fikk jeg gjort før jeg satte i gang med selve intervjuene, noe som gjorde at jeg kunne møte intervjupersonene med en viss faglig trygghet. Det ga meg også et nytt blikk på prosjektplanen i form av at jeg reviderte intervjuguiden i samråd med veileder og hadde et bedre blikk på hva jeg faktisk ønsker å se på.

### **3.3 Valg av metode og prosjektets design**

Prosjektets design er en plan og en ramme for hvordan man planlegger og gjennomfører et forskningsprosjekt (Thagaard, 2013).

Fokuset er hvordan langtidsoppfølging av fedmeopererte foregår, samt hvordan behandlingen og oppfølgingen oppleves i forhold til den enkeltes behov. Jeg ønsket å se nærmere på de pasientene, som gjennom et evalueringsskjema de har fylt ut etter selve operasjonen, hvor de har krysset av for ikke fornøyd, eller usikker på behandlingsresultatet. Man vet lite om årsaken til misnøyen og det er det som skiller dette prosjektet ut fra lignende undersøkelser.

Dette prosjektet ble gjennomført ved semistrukturert forskningsintervju (Kvale og Brinkmann 2012), hvor det ble utarbeidet en intervjuguide i forkant, i samråd med veileder.

Intensjonen var at intervjuene ble gjennomført hjemme hos, - eller på en arena hvor intervjupersonen følte det komfortabelt.

### **3.4 Utvalg og rekruttering**

For å kunne besvare problemstillingen må man samle inn relevante data basert på empiri. Det blir særlig viktig å fokusere på det særegne. Målet er ikke å søke etter overførbarhet som nødvendigvis berører mange. Likevel må de beskrivelser som man kommer frem til kunne ha overførbarhet i form av beskrivelser, begreper eller modeller (Malterud, 2013).

I dette prosjektet, som er et forholdsvis lite prosjekt var jeg ute etter 4-5 intervjupersoner. Og kriteriene for å invitere informanter til å delta var at de hadde gjennomgått en gastric sleeve-operasjon for ca. 5 år siden, i tillegg til at de hadde levert evalueringsskjema, som beskrevet ovenfor. Det ble ikke lagt vekt på kjønn eller alder. Alle hadde en KMI før operasjonen fra 39.6 og oppover, hvor målet med selve behandlingen er å gå ned minst 50 % av vekt over KMI 25(Oria, et al. 2009). Ingen av intervjupersonene hadde oppnådd dette.

Informantene ble rekruttert gjennom min veileder via hans kontakt med fedmepoliklinikken ved Førde sentralsjukehus. Av 16 informanter som ble invitert var det kun 4 som takket ja til å være med.

### **3.5 Forskningsintervju som datainnsamling**

I følge Thagaard (2013) er det særlig tre perspektiver på hva data fra intervju kan fortelle oss. Det ene er at man får informasjon om intervjupersonens ytre verden, ved å beskrive hendelser og synspunkter fra sine erfaringer og opplevelser. Ser man på intervjudata fra et konstruktivistisk ståsted, kan man se betydningen av relasjon og samhandling mellom forsker og intervjuperson. Noe som vil påvirke hvilke data som kommer frem under intervjuet. Således kan man si at både forsker og intervjuperson bidrar til kunnskap, hvor selve intervjusituasjonen må ses i lys av sin kontekst. Som igjen påvirker hvordan intervjupersonens fortellinger om sine erfaringer oppfattes. Slik kan man si at intervjuet er en måte hvor kunnskap og forståelse er et samarbeid mellom forsker og intervjuperson, hvor intervjuets dynamikk er avgjørende.

Forskningsintervjuet kan altså ses på som en interaksjon mellom den som intervjuer og intervjupersonen (Kvale og Brinkmann, 2012). De hevder også at forskerens eller intervjupersonens ferdigheter vil påvirke hvor god kvalitet de innsamlede dataene har, hvor forskningsintervjuet i seg selv blir sett på som et håndverk. Forskeren blir selve instrumentet og vedkommende sine ferdigheter, kunnskap om temaet og følsomhet rundt selve intervjusituasjonen, blir viktige faktorer.

### **3.6 Transkripsjon av forskningsintervju**

Gjennom transkripsjon blir lydopptakene av intervjuene gjort om til tekst, ved å oversette talespråk til skriftspråk. Dette krever en lojalitet til det som faktisk blir sagt, og det krever en bevissthet overfor hvordan man får frem nyanser i det sosiale samspillet som selve intervjuet faktisk er. Det kan være vanskelig å synliggjøre det non-verbale språket som for eksempel ironi. Man kan bare skrive de ordene som blir sagt (Kvale og Brinkmann, 2012).

Alle mine intervjuer ble tatt opp på en digital lydopptaker, som jeg kunne spille av på PC og hvor programvaren gjorde det godt mulig å stoppe og spole som jeg ville. Slik kunne jeg spille av de delene jeg fant det vanskelig å høre eller forstå hva intervjupersonen sa. Det oppstod ingen tekniske problemer og lydkvaliteten var god.

Likevel møtte jeg flere utfordringer når det kom til å skrive av enkelte dialektord. Ved et par anledninger var det også så vanskelig å høre eller forstå hva intervjupersonen sa, at jeg måtte bemerke det i transkripsjonen. Siden jeg heller ikke har særlig erfaring på transkribering så måtte jeg forsøke å gjøre det enkelt. Og siden dette ikke skulle føre til noen diskursanalyse så følte jeg at det viktigste var at jeg skrev av intervjuene på en måte som ble enkel, men forståelig.

I følge Malterud (2013) må man utvise respekt for lydmaterialiet og utøve bevissthet for at den transkriberte teksten ikke er virkeligheten. Det er flere momenter som er viktige å ta hensyn til når man skriver ordrett av talespråket. Et eksempel er å utvise forsiktighet for ikke å latterliggjøre intervjupersonen ved alltid å skrive ordrett av. For å unngå dette er det noen ganger nødvendig med redigering. Dette var også noe jeg forsøkte å være bevisst på, i den grad at jeg ikke skrev alle gjentakelser av en-stavelsesord, eller direkte korrigeringer som intervjupersonen selv gjorde.

### **3.7 Systematisk tekstkondensering**

Systematisk tekstkondensering er en av flere måter å organisere og systematisere dataanalyse på. For dette prosjektet var jeg bevisst på at jeg ønsket et resultat som kunne føre til en utvikling av nye beskrivelser av et eller flere fenomen. Det er under analysen at de innsamlede data organiseres, fortolkes og sammenfattes. Først er det lurt å skaffe seg en viss oversikt for deretter å plukke frem detaljene. Det er også viktig å tenke at det er spørsmålene man har stilt, det totale empiriske materialet og den teoretiske referanserammen som avgjør svarene man får. Og det handler om å plukke frem de deler av teksten som kan bidra til ny kunnskap, hvor refleksivitet og systematikk er viktige forutsetninger for å kunne komme frem til vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2013).

Systematisk tekstkondensering er en måte å analysere på tvers av de intervjuene jeg har gjennomført og er en fenomenologisk analyse, basert på Giorgi, som er modifisert av Malterud. Jeg har valgt å bruke denne metoden for å kunne sammenfatte og se om det finnes en eller flere fellesnevner mellom de ulike intervjupersonenes opplevelser. Jeg har også valgt å følge Giorgi sin prosedyre:

1. Danne seg et helhetsinntrykk.
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enheter.
4. Å sammenfatte betydningen.

Graneheim og Lundmann(2004) har også beskrevet en modell for å systematisere dataanalysen som jeg finner både oversiktlig og hensiktsmessig. Denne modellen er basert på samme konsept som Malterud, og jeg valgte å gå ut fra denne når jeg analyserte.

Etter å ha gått igjennom alle transkripsjonene, gikk jeg systematisk gjennom og grovsorterte intervjuene ut fra det intervjupersonene fortalte om livet før og etter operasjon. Så merket jeg meg at historiene sprikte litt og søkte råd hos veileder og biveileder. I samråd ble vi enige om og videre sortere ut spørsmål og svar, for å så og videre kunne gjøre mine refleksjoner rundt svarene. Videre jobbet jeg med svarene til hvert enkelt spørsmål ut fra intervjuguiden og ut fra disse sorterte ut meningsbærende enheter. Som jeg etter hvert la inn i tabeller for å jobbe videre med dem. Således laget jeg tabeller for alle meningsbærende enheter jeg hadde.

Så skrev jeg en kondensert versjon av de meningsbærende enhetene, og her var det viktig å holde seg så nærme empirien som mulig. Neste trinn var å legge inn mine tolkninger og refleksjoner rundt de kondenserte enhetene, deretter dele videre inn i underkategorier og hovedkategorier(Graneheim og Lundman, 2004).

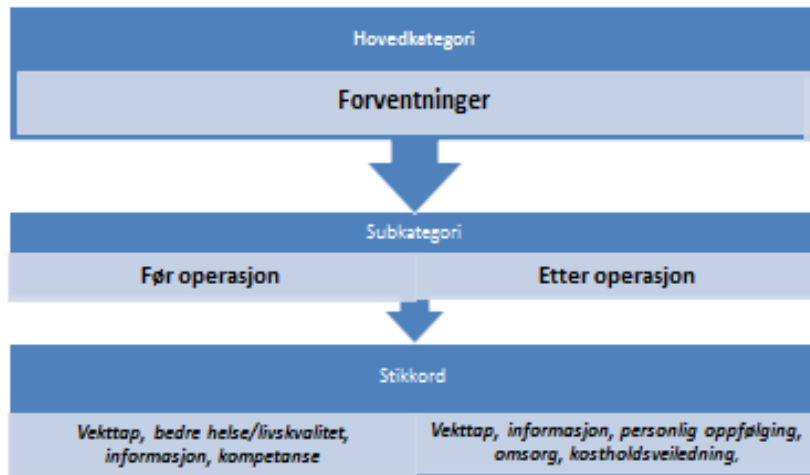
Tabell 2 viser et eksempel på hvordan meningsbærende enheter videre ble kondensert, tolket og kategorisert.

Tabell 2

Meningsbærende enheter	Kondenserte Enheter nær empiri	Tolkninger kondenserte enheter	Underkategori	Hovedkategori
Jeg var misfornøyd med starten og hele opplegget. Og etter mye om og men så sa lokallegen at jeg søker for deg... Kommer til sykehuset og der sier han at jeg har vurdert at du skal ta <b>DENNE</b> operasjonen, sant... Det var litt sånn tilfeldigheter.	Misfornøyd med opplegget, ble søkt operasjon av fastlegen og kom til sykehuset og fikk høre hva som var bestemt. Noe tilfeldig hva som ble tilbudt.	Lite informasjon om operasjon og behandlingsopplegg som førte til misnøye om hvordan ting ble gjort.	Mangel på informasjon Misnøye tilfeldigheter	Behandlingsopplegg Erfaringer
Jeg hadde ønsket at ernæringsfysiolog var med fra starten og sett på ting, diskutert ting. Tenker at det kunne vært et behandlingsopplegg som man kunne ha fått til etterpå da, der man kom på en plass og kunne fått mer innarbeida og riktig type kost da, ikke sant...	Hadde ønske om at ernæringsfysiolog var med fra starten for å sette opp et behandlingsopplegg etter operasjonen med fokus på riktig kosthold	Behandlingsopplegget etter operasjonen er mangelfull og man blir litt overlatt til seg selv.	Mangelfullt behandlingsopplegg	Behandlingsopplegg
Jeg føler meg egentlig så privilegert. Jeg har det veldig bra helsemessig i dag. Jeg er i ferd med å falle tilbake til gamle synder og det har dessverre gått gale veien. Så det viser seg at det ikke er helt optimalt. Og da var det kanskje bortkasta ressurser.	Selv om det helsemessige er bra nå så har ting begynt å gå i feil retning og det er ikke helt optimalt med tanke på bruk av ressurser også.	Selv om vektnedgangen har vært bra og helsen er bra så viser det seg at mangelfull oppfølging gjør at det er vanskelig å holde vekta. Og at det føles som bortkastete ressurser.	Mangelfull oppfølging Vanskelig å holde vekta Bortkastete ressurser	Behandlingsopplegg Utfordringer Utfordringer

Videre valgte jeg å dele hovedkategoriene inn i nye subkategorier og la til stikkord til hver av disse. Dette ga meg god oversikt over hele materialet og gjorde det lettere og rekontekstualisere slik at de kondenserte tekstbitene til slutt blir en analytisk tekst(Malterud, 2013).

Figur 1 viser et eksempel på hvordan en hovedkategori ble delt inn i subkategorier og tillagt stikkord.



Figur 1

Målet for analysen har vært å søke nye beskrivelser av begreper, gjennom å nyansere og åpne for ny innsikt i temaet som man ikke hadde fra før. Først og fremst ved å løfte frem funn som bekrefter dette og som også forhåpentligvis kan bidra til nye refleksjoner (Malterud, 2013).

Graneheim og Lundman, (2004) søker å illustrere hvilke kriterier som avgjør analysen og således prosjektets gyldighet eller reliabilitet. Og de peker på tre grunnprinsipper som bidrar til å oppnå dette best mulig gjennom analysen men også gjennom hele forskerprosessen.

*Troverdighet* gjennom hvor godt dataene stemmer overens med intensjonen for prosjektet. Og at man under analysen plukker ut meningsbærende enheter som dekker dette, i tillegg til at kategorier og tema totalt sett representerer de innsamlede data.

*Pålitelighet* gjennom å være bevisst på at data ikke er konstante men kan endres over tid. Likeledes handler det også om å spørre de samme spørsmålene til hver intervjuperson og likevel ta høyde for at de belyses forskjellig og således fører til nødvendige individuelle oppfølgingsspørsmål. For å kunne belyse ett bestemt fokus. Utfordringen ligger i hvordan man tar hensyn til dette også i analysen.

*Overførbarhet* ved å vise at de funn og den kunnskapen man har, kan overføres til andre grupper og kontekster. Rike og robuste beskrivelser av funnene, samt gode sitater kan bidra til dette.

### 3.7 Etikk

I henhold til Helsinki-deklarasjonen, utarbeidet av Verdens legeforening (WMA), er det vedtatt noen grunnleggende etiske prinsipper for hvordan medisinsk forskning bør foregå. Disse blir styrende for hvordan forskeren skal fremme og ivareta respekt for alle mennesker, og beskytte deres helse og rettigheter(Legeforeningen.no).

Det første man bør vurdere er målet for undersøkelsen, vil den kunne bringe frem samfunnsnyttig kunnskap? Videre er det viktig å vise hensyn til deltakerne i undersøkelsen, ved å sikre informert samtykke og konfidensialitet (Kvale og Brinkmann 2012).

Prosjektplan ble utarbeidet og godkjent i samråd med veileder og den ble lagt ved søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Som godkjente og gav tillatelse til gjennomføring av prosjektet. Videre ble det sendt ut invitasjon til å bli med i studiet samt informasjonsskriv om studiets hensikt og fremgangsmåte. Deltakerne ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet selv etter at intervjuene var gjort. Når prosjektet planlegges er det viktig å vurdere etiske implikasjoner av å studere bestemte grupper og man må vurder og ta hensyn til om det å bli forsket på, faktisk kan innebære en belastning for de som skal delta. Forskerens bevissthet rundt dette, samt måten man tilnærmer seg problematikken blir derfor avgjørende(Thagaard 2013).

På bakgrunn av at deltakelsen av dette prosjektet kunne bringe frem personlige skildringer og således frembringe vanskelige følelser hos hver enkelt deltaker, så fikk de informasjon fra behandlingsstedet om at de kunne ta kontakt for samtale etterpå dersom de følte behov for det. Et forskingsintervju innebærer et menneskelig samspill som vil påvirke den kunnskapen som produseres. Derfor kan man også se intervjuet som en moralsk undersøkelse, hvor man utforsker menneskers privatliv og blottlegger dette offentlig. Forskeren bør være forberedt på å møte etiske spørsmål under hele forskerprosessen, helt fra man finner tema og problemstilling og til konklusjonen er gjort. Det kan oppstå ulike etiske dilemmaer gjennom de ulike stadiene i prosessen som krever både refleksjon og handling. Derfor er også måten intervjuene transkriberes og publiseres på, som viser hvordan forskeren utviser hensyn og forsiktighet i forhold til deltakerens integritet. Den rollen man har som forsker forplikter integritet, og en forståelse for at dette påvirker kvaliteten på den kunnskapen som legges frem (Kvale og Brinkmann, 2012).

Før jeg startet hvert intervju gikk jeg gjennom informasjonsskrivet sammen med deltakeren sånn at jeg forsikret meg om at de visste hvordan dette skulle foregå. Jeg gjentok også spørsmålet om tillatelse til å ta opp intervjuet i sin helhet på lydopptak. Videre gikk vi også gjennom intervjuguiden slik at det ikke skulle være usikkerhet rundt hva jeg kom til å spørre om.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Med utgangspunkt i mine forskningsspørsmål vil jeg gjennom denne delen av oppgaven presentere og beskrive funnene som kom frem under intervjuene. Jeg vil beskrive funnene narrativt for å bringe frem intervjupersonenes historier, og bruker de funn jeg har kommet frem til for å poengtere og belyse problemstillingen. Jeg velger å bruke noen sitater fra intervjuene for å illustrere viktige poenger.

### 4.1 Overvekt som livserfaring før operasjonen

For å få et helhetlig bilde ønsket jeg at intervjupersonene beskrev sin livssituasjon før operasjonen. Hvor alle svarte at de hadde slitt med overvekt gjennom oppvekst og hele sitt voksne liv. De beskrev hvordan overvekten preget deres relasjoner til familie og venner i form av at man ble fortalt hvor tykk man var eller rett og slett ble ertet eller mobbet. Det var vanskelig å finne passende klær og den ene beskrev at å være med å handle klær fremstod som et mareritt. Alle hadde erfaringer på gjentatte forsøk på vektreduksjon, med ulike typer slankekurer, uten at det hadde gitt gode resultater. En beskrev det slik at man gikk alltid ned i vekt, men så kom kiloene på igjen og gjerne litt mer enn forrige gang. Det viste seg vanskelig å holde vekta og fedmekirurgi ble det største håpet til å bli kvitt sin overvekt.

*«Jeg fikk beskjed om at jeg var veldig tjukk, både fra familien og de rundt. Mobbing og sånt det fikk jeg... Men i ettertid, når jeg ser på bilder for eksempel fra High School, da jeg var tenåring, jeg var kanskje 10 kilo over det jeg skulle ha vært... Og jeg tenker, hadde man bare sagt: - Ja ja, du tar en størrelse større, det gjør ikke noe. Det gikk an å finne de klærne. Men det var alltid det presset med – nei, du må passe det du spiser, men du skal spise alt som er på fatet ditt.»*

Jeg vil imidlertid trekke frem at det var ingen av intervjupersonene som beskrev sin overvekt som en direkte årsak til alvorlig sykdom. Den ene kunne fortelle om en latent diabetes type 2, som i følge legene skulle forsvinne etter operasjonen. To av dem kunne fortelle om smerter i bena og i ledd som følge av at kroppen var tung, men utover dette var det ikke ingen som hadde sykdommer relatert til sin alvorlige overvekt.



## 4.2 Nye erfaringer etter operasjonen

Jeg åpnet intervjuene med å spørre hva intervjupersonene hadde av erfaringer rent generelt til oppfølging av fedmeopererte pasienter. Alle svarte på spørsmålet med fokus på sine egne erfaringer og poengterte at den totale oppfølgingen var mangelfull. De fleste mente det var for lite oppfølging både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten, mens at en poengterte at selv om det var greit med faste intervaller av kontroller så var det de samme spørsmålene hver gang.

Den ene kunne fortelle om klar bedring av smerter i knær etter å ha redusert vekten betydelig, og at dette ble sett på som en klar forbedring også av livskvaliteten.

Siden både en lettere kropp og mindre smerter gjorde hverdagen bedre og det ble lettere å delta på fysiske aktiviteter og sålede opplevde mer sosial utfoldelse.

Han kunne fortelle at han heller ikke fikk så mye informasjon om hva operasjonen gikk ut på og at beslutningen om å søke om fedmekirurgi var i stor grad tatt av fastlegen. Han trekker frem at dersom han hadde fått tilbud om å delta på kurs om livsstilsendring så hadde han sannsynligvis valgt dette i stedet for operasjon.

*«Jeg har slitt med overvekt hele livet da... Og etter mye om og men så sier lokallegen at... for da begynte.. Jeg var jo ganske tidlig på dette her med operasjon... At dette kanskje var noe for meg så – jeg søker for deg, sa han. –Eh, javel? Sier jeg liksom sant... Og så ble jeg søkt til ... (behandlingssted) og kommer inn der, og reiser opp der. Og lokallegen visste vel mer eller mindre at de opererte og at det ga bra resultat. Men det var vel stort sett det lokallegen, eller fastlegen visste. Kommer til ... (behandlingssted) ja, og så sier han... som egentlig var en kjempehyggelig kar at: - Jeg har vurdert at DU skal ta DENNE operasjonen, sier han liksom»*

I det ene tilfellet ble dårlig oppfølging fra behandlingsstedet en årsak til at vedkommende ble feilmedisinert slik at dette fikk store konsekvenser for helsen og livssituasjonen videre. For tre av fire intervjupersoner så var også vektreduksjonen utilfredsstillende, i form av at de ikke gikk nok ned i forhold til egne forventninger men også i forhold til hva som var forventet fra behandlingssted.

## 4.3 Forventninger om et nytt liv

Jeg stilte spørsmål om de kunne beskrive hvordan tiden etter operasjonen og frem til i dag, har svart til forventninger og behov Intervjupersonene fortalte mye om forventningene de hadde både til selve operasjonen og til behandling og oppfølging etterpå. Og det var særlig forventninger knyttet til at operasjonen skulle gi dem nødvendig hjelp til å kunne redusere vekten og således få bedret helse og livskvalitet.

Alle intervjupersonene beskrev forventninger de hadde om informasjon som ikke ble godt nok innfridd. Både i forhold til selve operasjonen og tiden etterpå, med tanke på hva man kunne forvente av smerter og ubehag og hva som ville være forventet vektreduksjon. En fortalte at det var først og fremst fra andre medpasienter man fikk informasjon, og at det var lite kontakt med legene og pleiepersonalet. Informasjon ble betraktet som en viktig del av en den totale omsorgen.

*«Men jeg var veldig takknemlig for operasjonen, og operasjonen gikk fint... Hadde litt ubehag med dren og sånt som stod igjen etter operasjonen. Men jeg fikk i grunnen ikke vite så veldig mye av legene og sykepleierne men av medpasienter som da lå inne for samme operasjon... Det var vi som snakket sammen og det var vi som diskuterte. Grunnlaget var jo forskjellig, jeg var den eldste, men likevel... Altså utfallet ble i alle fall at vi fikk ut det du lurte på om du ikke fikk tilfredsstillende svar.»*

Videre fortalte de fleste intervjupersonene om forventninger og behov for kostholdsveiledning og oppfølging fra ernæringsfysiolog. En fortalte at hun ble lovet fra avdelingen at hun skulle få samtale med ernæringsfysiolog mens hun var innlagt postoperativt.

Dette skjedde ikke og det viste seg at ernæringsfysiologen ikke var tilgjengelig. Dette var noe som førte til svekket tillitt til hjelpeapparatet og spørsmål om kommunikasjonen mellom de ulike faginstansene. En annen fortalte om at han hadde ønsket at ernæringsfysiolog var til stede under det første møtet på sykehuset for å kunne få råd og veiledning i forkant av operasjonen.

Alle hadde forventninger om et bedre liv etter operasjonen, men det var kun en av de fire intervjupersonene som hadde oppnådd forventet vektreduksjon og opplevde bedre livskvalitet og helse. De andre tre hadde hatt liten vektreduksjon eller at de hadde lagt på seg igjen mye av de tapte kiloene, noe som førte til skuffelse over både oppfølgingen fra behandlingsapparatet og sin kroppslige reaksjon på behandlingen.

*«Jeg gikk ned omtrent til sammen 20 kilo... Og så sa det stopp, og det sa sånn bom stopp. Og jeg fulgte samme rutine videre, jeg spiste lite, jeg prøvde å spise forsiktig... eh... jeg prøvde å holde meg unna... og det er jo det som er så vanskelig når du ikke får noen støtte, så blir det så lett å falle tilbake til gamle vaner... Men det var liksom, nå har jeg til og med tatt en operasjon og jeg klarer det ikke...»*

#### **4.4 De nye utfordringene**

Alle intervjupersonene beskrev utfordringer som smerter, det å finne passende klær, å akseptere kroppen sin og delta i sosiale sammenhenger, før operasjonen. For de som ikke oppnådde forventet vektreduksjon kom det i tillegg til disse, nye utfordringer som de måtte hankses med. Smerter relatert til mye luft i fordøyelsessystemet og problemer med sure oppstøt og skum som kom opp, bare for å nevne noen.

Disse problemene ble ikke ansett som store komplikasjoner fra behandlingsstedet, men var likevel plagsomme for de som opplevde det. Hårtap ble også beskrevet fra en som en utfordring, siden håret alltid hadde vært tykt og fint før operasjonen. Noe som preget selvbildet og følelsen av velvære. Selv om vektreduksjonen ikke var så stor som man hadde ønsket seg, så ble likevel fettforikle tatt opp som et plagsomt og sjenerende problem.

Noe som også viste seg for 2 av intervjupersonene at det skulle bli vanskelig å få gjort noe med. I det ene tilfellet ble fjerning av fettforikle innvilget, men inngrepet var direkte mislykket og førte med seg ytterligere smerter, ubehag og i tillegg sjenerende arrdannelse. I det andre tilfellet ble vedkommende ikke innvilget operasjon på grunn av for høy KMI. Men hun fikk likevel komme inn til samtale med kirurgen som forklarte hvorfor hun ikke fikk operasjon før hun hadde redusert sin KMI til et akseptabelt nivå. Dette førte imidlertid til at hun fikk snakke med sykepleier ved poliklinikken, som igjen fikk ringvirkninger på oppfølgingen fra fastlegen og videre utredninger for andre plager som hun hadde. I tillegg fikk hun også henvisning til psykolog.

For han som hadde oppnådd størst vektreduksjon var også overflødig hud noe han hadde vurdert å gjøre noe med, men han følte at han var så privilegert av selve vektreduksjonen og følte heller ikke så stort ubehag med det. Han valgte derfor å la det bero, selv om han mente at det kunne gitt bedre velvære. De fleste beskrev også utfordringer med motivasjonen til fysisk aktivitet og endring av tidligere kostholdsvaner. Det var også fysiske utfordringer i forhold til trening og mosjon, i form av smerter i beina eller i kroppen rent generelt som gjorde at faste rutiner på dette ble vanskelig. Det var ingen av intervjupersonene som uttalte et behov for oppfølging fra fysioterapeut. Men en av dem hadde engasjert en personlig trener for å få hjelp til trening, noe hun følte var en god støtte å ha.

En annen hadde opplevd god effekt på både vektreduksjonen og på kostholdsvanene med å trene regelmessig ved «Aktiv på dagtid» i hjemkommunen. Men siden dette bare var et tilbud man fikk mens man gikk sykemeldt, så falt dette tilbudet bort når vedkommende startet i jobb igjen. I hennes tilfelle førte også en trafikkulykke til at treningen måtte opphøre for en tid. Dette førte igjen til at det ble vanskelig å finne motivasjon til å begynne treningen igjen. Hun opplevde også at det ble vanskeligere å holde seg unna usunn mat og godteri, siden hun fant trøst i å spise.

*«Jeg prøver liksom ikke å gå rundt og anklage meg selv for at jeg gjør det og sånt.. Okay, vekta mi har gått mye opp og ned, og den går ikke ned av seg selv da men... Ja, jeg har jo veldig lyst til å komme ned i vekt igjen da... Men jeg er ikke villig til å ofre så mye som jeg vet at det koster»*

## 4.5 Behandling i form av oppfølging og omsorg

For alle intervjupersonene så består behandlingsopplegget av oppfølging i form av polikliniske kontroller ved behandlingssted. Videre har tre av dem oppfølging fra fastlegen i tillegg. For den ene består oppfølgingen kun av de polikliniske kontrollene. I tillegg til kontroller ved poliklinikk og hos fastlege, så har en intervjuperson også regelmessige samtaler med psykolog samt at hun har engasjert en personlig trener.

Samtlige intervjupersoner beskriver oppfølgingen som mangelfull og lite personlig. Den første jeg intervjuet var opptatt av at han ikke hadde hørt noe som helst fra fastlegen sin, og uttrykte tydelig behov for en tettere og faglig god oppfølging i hjemkommunen. Selv om han hadde god effekt av operasjonen så beskrev han situasjonen som vanskelig å være alene om å kjempe for ikke å falle tilbake til gamle synder. Han påpekte at han hadde satt pris på å komme i kontakt med andre i samme situasjon i form av organiserte grupper som hadde fokus på kosthold og trening. Likeledes påpekte han også et behov for bedre informasjon om hele opplegget fra starten av. Han savnet også at fastlegen tok kontakt etter operasjonen.

For to av intervjupersonene ble oppfølgingen oppfattet som svært lite personlig. Den ene karakteriserte kontakten med både fastlege, men kanskje først og fremst selve behandlingsstedet, som skjematisk og følte at hun ikke ble tatt personlig på alvor. Noe som ga henne en opplevelse av dårlig omsorg, og følelsen av bare å være et nummer i rekkende andre av disse to beskrev møtet med kirurgen etter operasjonen som en stor skuffelse, hvor hun følte at uansett hva hun spurte om så fikk hun ikke gode svar, eller at han svarte med å si at alt var opp til henne når det gjaldt både kosthold og trening. Hun fortalte at hun opplevde han som mer interessert i statistikken sin enn hennes situasjon og behov for hjelp. Hun var også svært skuffet over å bli møtt med kritikk for og ikke ha redusert vekten godt nok. Likeledes at all informasjon virket å komme i etterkant av oppståtte utfordringer. Hun beskrev det slik:

*«Han (kirurgen) var overhodet ikke til hjelp. Jeg fikk ikke snakke med ernæringsfysiolog den gangen heller. Jeg vet ikke om hun var langtidssykemeldt eller hva. Så jeg gikk derfra og jeg var så lei meg at jeg holdt på og... jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Jeg var så skuffet over den behandlingen og mangelen på empati i det hele tatt. Av hva slags hjelp?- Hva skal jeg gjøre? –Nei du får bare passe deg, du må gå mer.- Okay, får jeg begynne å trene igjen? – Ja, det kan du gjøre. – Okay... det var liksom... Det var bare ham, og han var ikke interessert i noe som helst. Det var bare statistikken hans jeg følte at han var interessert i. -Ja, det var det.»*

Jeg spurte samtlige intervjupersoner om hvilket inntrykk de hadde av kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Ingen kunne si helt konkret hva denne kommunikasjonen bestod av. De fleste hadde forstått at det var meningen å gå til fastlegen minst en gang i året og at der skulle tas noen prøver, samt at legen fylte ut noen skjema som ble sendt til sykehuset. Hvilken betydning denne kommunikasjonen hadde for intervjupersonen sin daglige situasjon, virket å være et tema som de ikke hadde reflektert over i særlig grad. De som brukte fastlegen aktivt følte at de stort sett hadde et greit forhold til legen, men de uttrykte lite tanker om hva de kunne kreve av oppfølging utover den rutinemessige kontrollen.

Den ene beskriver også kommunikasjonen mellom sykehuset og fastlegen som skjematisk. En annen forteller at det føles greit med kontrollene, selv om man svarer på de samme spørsmålene hver gang. Hun påpekte også at hun hadde gått hos ernæringsfysiolog for kostholdsveiledning, men at dette fungerte dårlig og utbyttet av det følte ikke meningsfylt, og av den grunn ble det avsluttet. Jeg opplevde en ambivalens hos samtlige når det gjaldt hva de kunne kreve av oppfølging hos fastlegen, mens at de var helt tydelige på hva de forventet fra sykehuset. Og når det kom til ønsket oppfølging ved sykehuset så ble det nevnt fra flere at de ønsket mer fokus på kosthold, og ikke minst å få møte andre i samme situasjon. Forventningene om faglig kompetanse hos fastlegen var lavere enn i forhold til det de forventet av sykehuset.

*«Det er diverse prøver, blodprøver som hun (fastlegen) skal ta, og sånt forskjellig som skal sendes opp der (sykehuset) og analyseres. Og... eh... hun sier at det er en hel masse uforståelig som hun må svare på. Men hun gjør jo det, så lenge skjemaet finnes. Nå har jeg ikke hørt at hun har sendt noe til ... (sykehuset) på lang tid, så etter de fem årene så vet jeg ikke. Jeg aner ikke hva som foregår.»*

Det var tre av intervjupersonene som valgte å skrive brev til behandlingsstedet, altså sykehuset, og meldte ifra om sin misnøye når det kom til oppfølging etter operasjonen. Ingen av dem opplevde noen direkte respons på dette.

Videre spurte jeg også om det var ting som intervjupersonene ønsket å trekke frem spesielt, når det gjaldt ønskene de hadde for oppfølgingen etter operasjonen. Og det var særlig dette med individuell behandling som ble trukket frem, slik at man opplevde å bli tatt på alvor. Det var også uttrykt behov for at informasjonen man fikk både i forkant av operasjonen, men også i etterkant, var tilrettelagt og gjerne gjentatt flere ganger. Det var flere ting som det ble gitt informasjon om i forkant av operasjonen som ble glemt av de som skulle gjennomgå behandling. Et eksempel på dette var hårtap. Det var noe som en av intervjupersonene innrømmet å ha fått informasjon om, men hadde glemt dette og ble engstelig når hårtapet satte inn.

I tillegg mente alle intervjupersonene at oppfølgingskontrollene fra sykehuset kunne vært tettere og at det var et ønske fra de fleste om å få møte igjen medpasienter fra da de lå inne for operasjon. Det var riktignok også en som kommenterte at møtet med medpasienter, som hadde lykket godt med sitt vekttap, ble en påminning om sitt eget nederlag.

Det ble videre poengtert fra de fleste at de anså det som lite hensiktsmessig å reise på kontroll når det hadde gått så mange år fra sist. En var veldig usikker på om hun kom til å reise på 10- års kontroll ved sykehuset. Her ble det argumentert fra intervjupersonen sin side, at da hadde det gått ca. 5 år siden sist og det var kanskje nye folk som ikke kjente historien hennes. Noe som for henne kom til å gjøre kontrolltimen upersonlig, hvilket følte lite meningsfylt.

#### **4.6 Informasjon som god kommunikasjon**

Jeg spurte, som tidligere nevnt, om hva intervjupersonene hadde av inntrykk med hensyn til kommunikasjonen mellom sykehuset og fastlegen. De fleste har altså ikke innsikt i hva som foregår av korrespondanse mellom disse, og i hvilken kommunikasjonsform denne korrespondansen skjer. Den ene hadde ingen tro på at det skulle være noen form for kommunikasjon mellom hennes fastlege og sykehuset på grunn av henne i alle fall. En annen mente at kommunikasjonen kun skjedde ved at sykehuset skrev og sendte epikrise til fastlegen etter operasjonen, og det var det. Videre var det flere som fortalte at de hadde fått et telefonnummer de kunne ringe, dersom de hadde spørsmål om noe. Flere av dem hadde ringt, men synes det var vanskelig å komme frem og få snakke med riktige vedkommende, eller at de ikke fikk svar i det hele tatt. Den kommunikasjonen intervjupersonene opplevde med de ulike behandlingsinstansene var stort sett basert på kontrollene og i form av spørsmål og svar, og lite samtale. Det svekket tillitten til behandlingsstedet fra intervjupersonenes side, når de følte at responsen uteble.

*«Så jeg sendte brev til ... (sykehuset) om at jeg syntes oppfølgingen var dårlig. At de måtte prøve å legge om på en annen måte. For vi var tross alt mennesker som hadde slitt med problemer i lang tid. Så vi måtte bli individuelt behandlet og ikke skjematisk. Jeg fikk aldri noe svar på det»*

Uansett hvor fornøyd eller ikke fornøyd intervjupersonene var med behandlingsopplegget, så opplevde alle vekttap. Og med utført gastric sleeve-operasjon og med et visst vekttap så førte det også til noen endringer i tilværelsen.

## 4.6 Endringer av rutiner etter operasjonen

Den største endringen som alle intervjupersonene opplevde etter operasjonen var ved inntak av mat. I den første tiden etter operasjonen var det inntak av flytende føde, men etter hvert skulle fordøyelsessystemet venne seg til inntak og bearbeidelse av vanlig mat. Porsjonene ble betydelig mindre i mengde, siden det fysisk var mindre plass i magesekken. Derfor ble også måltidene hyppigere enn de hadde vært før. Det var ingen av dem jeg intervjuet som opplevde særlig kvalme og ubehag i forbindelse med selve inngrepet. I tiden etterpå var det kun en som fortalte om plager med sure oppstøt, luft smerter og skum som kom opp.

Etter hvert som tiden gikk etter operasjonen ble det, for de fleste, betydelig vanskeligere å finne et kosthold som ga mening og som førte til videre vekttap. Ingen av intervjupersonene hadde problemer med måltidsrutiner i det daglige, sett i forhold til familie. Noe som henger sammen med at ingen av dem hadde omsorg for barn og hadde kun ektefelle/samboer å forholde seg til. Flere mente det burde vært tilbud om å delta i grupper med andre i samme situasjon, for å kunne lære, og utveksle erfaringer om matlaging og riktig kosthold. Siden følelsen av å være alene i en slik situasjon, ble for de fleste en ekstra utfordring.

Det å endre kostholdsvaner og etablere nye rutiner rundt måltidene var krevende. I tillegg var det anbefalt fra behandlingsstedet at man etablerte rutiner på regelmessig fysisk aktivitet. De fleste beskrev denne anbefalingen som tung å etterfølge. En beskrev smerter under bena som en utfordring for å drive med så mye fysisk aktivitet. En annen beskrev mangel på motivasjon som en grunn. Det ble rett og slett for krevende å holde på treningsrutinene.

## 4.7 Oppsummering av funn

Det viste seg at alle de fire intervjupersonene var mer eller mindre misfornøyd med selve behandlingsopplegget i form av for lite oppfølging og for dårlig tilrettelagt oppfølging. I tillegg til at de fleste hadde oppnådd liten vektreduksjon i forhold til det som var forventet, eller hadde lagt på seg igjen mye av tapt vekt. Det var dette som var bakgrunnen for at de hadde gitt tilbakemelding om misfornøyd eller usikker på behandlingsresultatet.

Videre har de fleste pekt på mangelen av individuell oppfølging og føler seg kun som en del av statistikken. Og flere beskriver et behov for bedre forståelse og omsorg fra behandlingsapparatet. Det viser seg også å eksistere en uvitenhet om fastlegens rolle i forhold til spesialisthelsetjenesten fra intervjupersonenes side. Og mangel på god og tilrettelagt informasjon, både fra fastlege, men aller mest fra spesialisthelsetjenesten, er også beskrevet fra de fleste.

Operasjonen ga nye utfordringer, i form av å venne seg til nye kostholdsvaner, det var ikke plass til så mye mat lenger. Noen slet med luft smerter og sure oppstøt, mens at noen uttrykte sterke behov og følelser når det gjaldt forholdet til mat. Og uttrykte også en usikkerhet rundt dette som de ønsket tilbakemeldinger og støtte på fra behandlingsapparatet. Selv om de fleste ikke hadde oppnådd forventet vektreduksjon, så hadde alle likevel gått ned i vekt. Noe som også førte til en etterspørsel av å få fjernet fettforle for flere av dem. Dette viser seg også å skape frustrasjon og skuffelse for de som ble avvist eller som opplevde mislykket operasjon av den overflødige huden. Dette førte til ytterligere svekket tillitt til behandlingsapparatet generelt.



## 5.0 DRØFTING AV METODE OG FUNN

Jeg har valgt å dele drøftingen i to hoveddeler, hvor jeg i den første delen diskuterer valget av å bruke en kvalitativ tilnærming og semistrukturert forskningsintervju som metode for å belyse problemstillingen for dette prosjektet.

I den andre delen drøftes hovedfunn fra datainnsamlingen opp mot relevant teori og tidligere forskning.

### 5.1 Metodediskusjon

Jeg vil gjennom metodediskusjonen søke kritisk å reflektere over valg av metode og fremgangsmåte for dette prosjektet.

#### 5.1.1 Kvalitativ metode for å belyse valgte problemstilling

Med fenomenologi som bakteppe, for å beskrive sosiale fenomener og bringe frem enkeltindividets subjektive opplevelser(Thagaard, 2013), ønsket jeg å se på hvilke erfaringer fedmeopererte pasienter har med det totale behandlingsopplegget. Og se på hvilke faktorer som har påvirket dem til å være usikker eller misfornøyd med behandlingsresultatet.

Samtidig ønsket jeg å bruke Husserls teori om menneskets oppfatning av et fenomen eller en hendelse, og hvordan jeg-bevisstheten preger erfaringene som disse pasientene har(Aadland, 2011). Og gjennom systematisk og kritisk refleksjon, samt epistemologi for å kunne se betydningen av intervjupersonenes beskrivelser(Malterud, 2013).

Rent fenomenologisk ble hver enkelt intervjuperson sine beskrivelser interessante i seg selv, men de ble mer betydningsfulle når flere kunne gi beskrivelser ut fra en felles erfaring. Slik kan man si noe om en generell oppfatning av et tema. Men det kan også komplementere hverandre, og således gi enda rikere beskrivelser av problematikken rundt behandlingsopplegget for fedmeopererte pasienter.

Under det forberedende arbeidet til prosjektet ble det utarbeidet en prosjektplan som klargjorde hva som var hovedformålet med prosjektet og hvilken gruppe jeg ville forske på. I tillegg til prosjektets design ble dette en god ramme for gjennomføringen av prosjektet, i henhold til Thagaard (2013). Prosjektplanen var også viktig for å kunne sende søknad til Nors Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) for godkjenning av prosjektet.

Utvalget jeg hadde var lite, kun 4 personer takket ja til å delta i dette prosjektet. Likevel ble data samlet inn basert på empiri, og de beskrivelser som kom frem kan overføres til andre pasientgrupper hvor tett oppfølging synes å være avgjørende for behandlingsresultat (Malterud, 2013). Utarbeidelse av prosjektplan og intervjuguide bidro også til en bedre avklaring i forhold til min forforståelse. Forforståelse i form av et faglig utgangspunkt og en redegjørelse for faglig innsikt i emnet betydde at jeg også ble mer bevisst på mitt ståsted i forhold til hva jeg skulle finne ut mer om, og hva som var viktig å sette seg mer inn i før jeg startet med intervjuene (Malterud, 2013).

Dette gjorde meg bedre forberedt til å møte intervjupersonene, men samtidig hadde jeg også utviklet en form for forhåndsforventning til hva som kunne møte meg. Dette gjorde det litt mer utfordrende å stille med helt blanke ark under intervjusituasjonene. Noe som igjen krevde min refleksjon rundt hvert intervju.

### **5.1.2 Forskningsintervju som datainnsamling**

Jeg skrev refleksjonsnotater fra hvert intervju, for å kunne se på hva som gjorde hver situasjon unik, og hvilke utfordringer rammen rundt intervjuene betydde for relasjonen mellom intervjupersonen og meg. I henhold til Kvale og Brinkmann (2012) så er begge partene aktører i det sosiale fenomenet som intervjusituasjonen er. Noe som får betydning for hvordan informasjon blir oppfattet og formidlet.

Mine kvaliteter som intervjuer påvirker også interaksjonen mellom intervjupersonen og meg, som igjen påvirker kvaliteten av de data man får gjennom intervjusituasjonen. Siden jeg ikke har noen erfaring fra tidligere på gjennomføring av forskningsintervju, så er mine kvaliteter nokså uutviklede. Dette var noe jeg var bevisst på både under forberedelsen og selve gjennomføringen av intervjuene. Derfor var det også viktig for meg å gjøre intervjuene så åpne som mulig ved å la intervjupersonen fortelle så rikt som mulig. Intervjuguiden var ment for å holde en viss struktur og hindre lange utredninger om ting som ikke hadde relevans til temaet. Dette lyktes jeg delvis med.

Siden intervju, i følge Thagaard (2013), kan ses fra et konstruktivistisk ståsted, så vil altså betydningen av relasjonen og samhandlingen mellom intervjuer og intervjuperson påvirke de data som kommer frem. Derfor kan man også si at begge partene bidrar til kunnskap under intervjusituasjonen. Dette gjorde meg enda mer bevisst på å se hvert enkelt intervju ut i fra sin kontekst.

Det første intervjuet ble gjennomført på intervjupersonens arbeidsplass, noe som opprinnelig ikke var planen, selv om dette var etter intervjupersonens ønske. I tillegg til min uerfarenhet så ble dette en ekstra utfordring siden vi ikke satt helt uforstyrret og ble faktisk avbrutt et par ganger.

Jeg føler det fikk betydningen for relasjonen mellom vedkommende og meg, på den måten at det ble vanskeligere å oppnå fortrolighet. Siden dette var vedkommende sin arbeidsplass førte det til at jeg begrenset meg på å stille spørsmål som utfordret relasjonen mellom oss for mye. Likevel fikk jeg en del gode og konkrete svar, selv om det var vanskelig å komme så nært inn på spørsmål om følelser.

Intervju nummer to foregikk hjemme hos intervjupersonen og jeg følte det var lettere etablere fortrolighet. Og selv om jeg var bevisst på at jeg trådte inn i et privat hjem, hvor intervjupersonen også eier arenaen, så synes jeg fikk en god relasjon hvor hun fortalte mye. Dette førte igjen til at jeg lot henne skli litt ut fra tema, og intervjuet ble lengre enn nødvendig.

Det tredje intervjuet var litt vanskelig å få avtalt, og jeg brukte tid på å komme intervjupersonen i møte med sine ønsker. Vi ble enige om å møtes en nøytral plass på et møterom ved et hotell. Siden jeg hadde gjennomført to intervjuer tidligere, og sett på refleksjonsnotatene fra dem så følte jeg meg litt sikrere på gjennomføring. Selv om det igjen ble en ny erfaring med ny person og nytt sted. Likevel følte jeg bedre kontroll over situasjonen og klarte bedre å stille oppfølgingsspørsmål. Men dette var også det intervjuet som utfordret meg mest i å få gode svar fordi intervjupersonen ikke ville svare eller ikke hadde svar på noen av spørsmålene jeg stilte.

Det siste intervjuet foregikk også hjemme hos intervjupersonen. Dette var det intervjuet jeg følte gikk best. Vi fikk god kontakt og jeg følte jeg fikk rike beskrivelser av vedkommendes opplevelser i forhold til sin fedmeproblematikk. Dette var også det intervjuet som varte lengst. Noen små språkproblemer gjorde det nødvendig med enkelte gjentakelser og omformuleringer for begge parter. Siden intervjupersonen fortalte så rikt, ble jeg her også utfordret på å holde strukturen på intervjuet.

### **5.1.3 Transkripsjon av intervju**

Siden transkripsjon handler om å gjøre lydopptakene av intervjuene om til tekst, dukket det opp noen utfordringer på hvordan jeg skulle gjengi det som ble fortalt. Særlig med tanke på å bringe frem viktige nyanser i det sosiale samspillet som intervjusituasjonen er (Kvale og Brinkmann 2012).

Jeg opplevde at det var krevende å kunne gjengi ironi og humor, siden det non-verbale er noe som kun eksisterte der og da under selve intervjuet. Noe som utgjør den største forskjellen mellom det å ha en samtale og bare skrive av det som ble sagt. Jeg forsøkte og likevel å bringe frem de situasjonene der det ble latter, og der det var naturlige pauser hvor intervjupersonen lette etter ord til å fortsette å fortelle.

Det er likevel en hårfin balanse mellom det å gjengi lyd materialet korrekt og det å ha respekt for intervjupersonen og være observant mot latterliggjøring av intervjupersonen (Thagaard 2013).

Derfor valgte jeg også ikke å gjengi alle småord som ja, eh, nei... og så videre. Videre forsøkte jeg å utøve bevissthet rundt den transkriberte teksten, at den ikke er virkeligheten men en gjengitt del av den, under analysen.

#### **5.1.4 Analyse av data**

Siden jeg tok utgangspunkt i fenomenologi, ble det naturlig å bruke fenomenologisk analyse av de data som jeg samlet inn. Målet med analysen var å kunne finne nye beskrivelser av et eller flere fenomener ved å plukke frem biter fra teksten som kunne føre til ny kunnskap. For å kunne gjøre dette på en god måte ble det viktig med både refleksivitet og systematikk (Malterud 2013). Jeg brukte systematisk tekstkondensering, en modell av Giorgi modifisert av Malterud, til systematisk å gjennomgå all data.

Først skaffet jeg meg et helhetsinntrykk, ved å lese gjennom teksten flere ganger og så etter hvert grovsortere mellom alle svarene som hadde med tiden før operasjonen og tiden etterpå. Videre gikk jeg gjennom spørsmål for spørsmål fra intervjuguiden og noterte ned alle relevante svar til hvert spørsmål. Dette gjorde at jeg fikk god oversikt på hvilke svar jeg hadde fått. Ut fra dette kunne jeg plukke ut meningsbærende enheter som igjen ble abstrahert ved at jeg kondenserte de og så noterte mine betraktninger til hver av disse enhetene. I kondenseringsprosessen forsøkte jeg å holde meg så nær empirien som mulig, og skille mellom dette og mine tolkninger som kom i neste steg. Når jeg hadde fått abstrahert innholdet til hver meningsbærende enhet, kunne jeg etter hvert sammenfatte betydningen. Hvor jeg sorterte og satte sammen underkategorier og hovedtema som hørte sammen. Til slutt kunne jeg se at jeg hadde gjort om transkribert tekst til en analytisk tekst (Malterud 2013).

Jeg valgte å bruke en modell av Graneheim og Lundman (2004) til å systematisere og synliggjøre prosessen med å plukke ut de meningsbærende enhetene til kondenserte enheter, videre til tolkning og kategorisering. Deres modell er basert på samme konsept som Giorgi og Malterud. Siden jeg hadde få informanter følte jeg at dette var en oversiktlig og forståelig måte å analysere på. Det ga meg muligheten til å sammenligne svar og analysere på tvers av dataene jeg hadde. Samtidig kunne jeg også lettere plukke ut funn som jeg følte utgjorde viktige poeng med tanke på ny innsikt og nye refleksjoner (Malterud 2013).

Ideelt sett burde jeg ha transkribert og analysert etter hvert intervju, noe jeg ikke gjorde. Dette hadde gjort det lettere å holde oversikten over svarene underveis og sikret bedre at materialet ville gi tilfredsstillende svar. Videre hadde det også kunnet ført til en bedre refleksjon over hver intervjusituasjon og gjort hele analyseprosessen mer fleksibel.

### **5.1.5 Validitet**

Jeg har forsøkt å være bevisst på prosjektets validitet gjennom hele forskerprosessen. Dette er i henhold til Graneheim og Lundman (2004), som peker på tre grunnprinsipper som er med på å styrke validitet. Det er viktig at de data som samles inn faktisk stemmer overens med intensjonen for prosjektet og således gir det troverdighet. Derfor har jeg gjennom hele prosessen reflektert over måten jeg har samlet inn data og om disse i det hele tatt kan gi svar på problemstillingen. Videre under analysen søkt å være bevisst på at de meningsbærende enhetene dekker de innsamlede data. Samt at det er tydelig for leseren å se, at tema og kategorier faktisk representerer svarene jeg har fått.

For påliteligheten av prosjektet er det også viktig å vise bevissthet rundt at data ikke er konstante, men forandrer seg over tid. Det vil si at svar som jeg har fått fra intervjupersonene nå, kan se annerledes ut dersom jeg hadde intervjuet på et senere tidspunkt. Dette har sammenheng med at de hele tiden skaffer seg flere og nyere erfaringer som kan påvirke deres oppfatning av situasjonen. I tillegg har jeg vært bevisst på at samme hovedspørsmål fra intervjuguiden ble stilt til samtlige intervjupersoner. Likevel har oppfølgingsspørsmålene variert noe, siden det har vært forskjell på hvordan hovedspørsmålene har blitt belyst fra hver enkelt. Dette har det også blitt tatt hensyn til i analyseprosessen, hvor jeg plukket ut meningsbærende enheter som belyste samme spørsmål på flere måter.

Når det kommer til overførbarhet, så har mitt prosjekt avdekket funn som angår tema som kommunikasjon og samhandling i forbindelse med behandling. Dette mener jeg kan overføres til å gjelde for andre pasientgrupper enn bare for den jeg har konsentrert meg om. Videre mener jeg å ha oppnådd rike og robuste beskrivelser av de erfaringer som intervjupersonene hadde, noe som faktisk utgjør funnene i dette prosjektet. Jeg har også gjennom presentasjonen av funn gitt plass til gode sitater for å understreke viktige poeng. Alt i alt mener jeg å ha fått et rikt materiale å jobbe med, selv om utvalget var lite.

### **5.1.6 Etikk**

Allerede under utarbeidelsen av prosjektplanen ble jeg utfordret på etiske refleksjoner. Først ved å tenke gjennom om dette ville gi samfunnsnyttig kunnskap (Kvale og Brinkmann 2012). Videre at prosjektplanen utgjorde en del av søknaden til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Hvorav informasjonsskrivet som skulle sendes ut med invitasjon for å delta i studien, også var vedlagt denne søknaden. Noe som gjorde at jeg måtte sette meg inn i hvordan god informasjon blir gitt på de riktige premissene.

Ved å gå inn i et prosjekt som tar sikte på å forske på bestemte pasientgrupper, må forskeren utvise forsiktighet og ta hensyn til den belastningen dette kan gi for de som deltar.

Derfor er det viktig at forskeren selv er bevisst på hvordan man tilnærmer seg problematikken(Thagaard 2013). Dette ble spesielt viktig med tanke på at jeg direkte gikk etter å finne ut mer om pasientgruppens uttrykk for misnøye. Siden dette i utgangspunktet genererer negativitet, ble det viktig å la intervjupersonene fortelle sine historier uten at jeg direkte spurte etter grunnen til misnøyen. Jeg var bevisst på å gjøre intervjusituasjonen så trygg som mulig for begge parter ved å la dem bestemme hvilken arena de ville møte meg på. Samt at de var godt informert om hensikten med prosjektet. Jeg gjentok dette med informasjon før hvert intervju, og lot de også få en innsikt i intervjuguiden. Vi brukte også litt tid før opptaket ble satt på, for å bli litt kjent.

Man kan se på selve intervjuet som en moralsk undersøkelse hvor intervjupersonenes privatliv offentliggjøres. Dette medfører et moralsk ansvar for forskeren, som skal ivareta alle opplysninger og informasjon, samtidig som at man sikrer deltakerne i prosjektet konfidensialitet(Kvale og Brinkmann 2012).

Dette mener jeg å ha gjort gjennom å utelate navn og benevnelser på personer og steder som kan identifisere intervjupersonen. Videre nevnes ingen egennavn ved lydopptakene, og det jeg har også sikret at det kun har vært meg som har hatt tilgang til disse. I samråd med veileder er det kun han som har hatt tilgang på personopplysninger og sittet på kodenøkkel for identiteten til deltakerne. Jeg har slettet alle telefonnummer som kan relateres til dem. Transkripsjonene inneholder heller ingen benevning på steder som kan identifisere intervjupersonen, og det er heller ingen andre enn meg og veileder som har tilgang til disse.

Gjennom hele forskerprosessen har jeg støtt på etiske spørsmål som har krevd refleksjon og har hatt betydning for mine handlinger. Både intervjusituasjonen og transkriberingen har jeg nevnt tidligere, men det har også krevd refleksjon og handling gjennom analysen og presentasjonen av funn. Særlig med tanke på hvordan jeg plukket ut de meningsbærende enhetene, til hvordan jeg tolket dem og videre hvordan jeg presenterer dette.

I de neste kapitlene vil jeg diskutere selve funnene jeg har gjort.

## **5.2 Drøfting av funn**

Her vil jeg trekke frem hovedfunn og diskutere disse opp mot relevant teori og tidligere forskning.

### **5.2.1 Erfaringene som påvirket beslutningen om operasjon**

Bariatrisk kirurgi var det største håpet intervjupersonene hadde til å bli kvitt sin overvekt. Alle hadde mer eller mindre slitt med overvekt hele livet. Med gjentatte forsøk på varig vektreduksjon bak seg, uten å lykkes.

Ikke bare hadde de en tung kropp men hadde erfaringer på ikke å føle seg sosialt akseptert, hvorav noen opplevde mobbing. Og ikke minst følte de det vanskelig å kjøpe passende klær, noe som preget opplevelsen av utseendet og således selvtilliten.

I følge Bocchieri, Meana og Fisher (2002) så gir ikke bare bariatrisk kirurgi store forandringer for kroppen, men også psykososiale forandringer som påvirker livet til pasienten mye. Og stort sett blir disse forandringene sett på som positive. Noe også Ogden et al. (2006) bringer frem når de sammenlignet pasientgrupper med de som ventet på operasjon, og de som hadde gjennomgått det. Der viste det seg at den gruppen som hadde gjennomgått operasjon veide mindre, hadde likevel mer negative erfaringer med kostholdet men hadde en forbedring av helsen sin noe som ga bedre energi og selvtillit.

Noe som også fikk innvirkning på kostholdsrutinene og forholdet til mat. Videre skriver Hollywood, Ogden og Pring (2012) at bariatrisk kirurgi er den mest effektive behandlingen mot sykelig overvekt, og at det kun er et mindretall av pasienter som ikke opplever den forventede vektreduksjonen, eller legger på seg igjen. Likevel gjenstår psykologiske utfordringer som også har betydning for følelsen av suksess sett i forhold til spisevaner, selvtillit og forholdet til mat og følelser.

På bakgrunn av at bariatrisk kirurgi som oftest gir god behandlingseffekt, har det likevel ført til noen negative erfaringer hos pasientene jeg intervjuet. Disse erfaringene var mye knyttet til skuffelse over behandlingsopplegget i form av for dårlig eller manglende individuell oppfølging. Og de fleste av dem erfarte utilstrekkelig vektreduksjon. Kun en av de fire jeg intervjuet hadde oppnådd godt behandlingsresultat rent vektmessig, men uttrykte likevel skuffelse over behandlingsopplegget.

I følge Meana og Ricciardi (2008) opplever de fleste pasienter fysiologiske forandringer men fortsetter å ha samme problematikk i forholdet til kosthold og måltidsrutiner, men også i forhold til sosiale relasjoner. Noe som gjerne uttrykker et behov for faglige råd og veiledning postoperativt, særlig angående egeninnsats når det kommer til fysisk trening og kosthold (Ziljstra et al.). 2009). Og som Ogden, Avnell og Ellis (2011) skriver, så vil det vanskeliggjøre opplevelsen av suksess dersom behandlingsapparatet ikke ser nødvendigheten med å behandle hele individet.

### **5.2.2 Høye forventninger om til oppfølging og omsorg**

Intervjupersonene uttrykte klare forventninger til behandlingen i form av betydelig vektreduksjon, men også forventninger knyttet til informasjon om behandlingsopplegget både før og etter operasjonen. Informasjon ble betraktet som en viktig del av den totale omsorgen.

Alle de fire intervjupersonene opplevde skuffelse i forhold til forventninger til informasjon. De uttrykte også forventninger og behov for kostholdsveiledning fra ernæringsfysiolog både før og etter operasjonen. De brutte forventningene skapte også en svekket tillit til behandlingsopplegget.

I følge Da Silva og Da Costa (2012) har det betydning hvordan pasientene selv betrakter sin overvekt og behandlingsalternativet. Hvor forventninger og tro på behandlingen faktisk påvirker selve behandlingsresultatet. For de fleste fremstår operasjon en mulighet til et nytt og bedre liv, mens at det å følge kostholdsråd og diett oppleves som et stort offer. Derfor spiller alt helsepersonell og deres kompetanse en viktig rolle ved å være støttende og gi riktige faglige råd.

Kommunikasjon kan ses på som et nøkkelbegrep her. I følge Eide, T og Eide, H. (2011) er kommunikasjon i sin enkleste form utveksling av tegn mellom en eller flere parter. Men dette blir utilstrekkelig når det kommer til å bruke kommunikasjon som meningsskapende og relasjonsorientert i den hensikt at den skal være helsebringende. Informasjon kan i denne sammenhengen bare forstås som en del av kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell (Ekeland og Heggen, 2010).

Kompetanse på klinisk kommunikasjon blir viktig for å kunne styrke pasientens egen beslutning om å gjøre en livsstilsendring. Dette bør komme i form av forståelse og respekt for pasientens selvbestemmelse (Bagøien og Prescott, 2013). Helsepersonellens faglige kompetanse er også av stor betydning, som Brown og Flint (2013) skriver i sin artikkel om helsepersonellens rolle og betydningen av denne for pasientens måte å mestre sin situasjon. Kompetanse vil ha betydning for hvilken oppfatning helsepersonell vil ha av behovet for hjelp. Noe som igjen vil gi konsekvenser for relasjonen mellom dem og pasientene og hvordan pasienten opplever tillit.

I følge Forsberg, Engstrøm og Søderberg (2014) viser det seg at pasienter uttrykker klart et behov for informasjon og nærhet til helsepersonellet like etter operasjonen. Og at den omsorgen de fikk postoperativ, burde stimulere pasientene til mestring gjennom forutsigbarhet basert på individuell oppfølging. Slik at de ble best mulig forberedt til å mestre sin situasjon videre utover i behandlingen også etter at de hadde kommet hjem. Alle de jeg intervjuet fortalte at de følte seg alene og overlatt til seg selv etter at de var kommet hjem fra operasjon. Og de uttrykte også usikkerhet rundt hva de skulle gjøre med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet.

Samtlige av intervjupersonene hadde fått informasjon om at det var viktig med fysisk aktivitet etter operasjonen. Noe som også Peacock, Sloan og Cripps (2014) trekker frem som nødvendig for å bedre vektreduksjonen og minske risikoen for å legge på seg igjen. På tross av dette kan det se ut som at mangel på motivasjon fra pasientene er en barriere. Hvor det er nødvendig med gode, tilgjengelige treningstilbud, basert på god kompetanse, slik at terskelen til og delta blir lavest mulig.

Dette støttes også Groven et al., (2015) hvor tilrettelagt diett kombinert med fysisk aktivitet blir ansett for den mest effektive måten å sikre at vekttapet etter kirurgi opprettholdes.



Men det er like viktig at det tilrettelegges for et individuelt opplegg, noe som viser seg å være mer effektivt enn standardiserte opplegg med treningsgrupper.

Det ble beskrevet fra de fleste intervjupersonene en lite individuelt tilrettelagt oppfølging, og den karakteriseres som lite personlig. Man føler seg bare som et nummer i rekken, eller bare en del av statistikken. På denne måten opplevdes oppfølgingskontrollene svært lite meningsfylt. Og de uttrykte at de følte seg overlatt til seg selv. Dette samsvarer med hva Knutsen, Terragni og Foss (2013) skriver, hvor de fokuserer på myndiggjøring av pasienten i større grad slik at de blir mer delaktige i sin behandling. Men dette krever også god postoperativ oppfølging fra helsepersonell, siden pasienten ofte uttrykker en ambivalens mellom å oppnå frihet for sin overvekt til å oppleve å ha kontroll med sin situasjon.

Skuffelsen over for liten vektreduksjon, var for de fleste jeg intervjuet ganske betydelig, og det forsterket følelsen av mislykkethet. Bruk av psykolog ble bare beskrevet fra en av dem.

Det fokuseres mye fra hjelpeapparatets perspektiv, på hvordan man skal stimulere til brukermedvirkning og økt mestring. Mens at det har vært lite fokus på hvordan de profesjonelle i hjelpeapparatet skal legge til rette for det (Ekeland og Heggen 2010).

I følge Larsen og Sagvaag (2009) så kan brukermedvirkning forstås som en maktfordeling mellom pasient/bruker og de profesjonelle aktørene. Med dette som bakgrunn kan man også si at økt brukermedvirkning for brukeren vil kunne stimulere mestringsfølelsen og således også øke brukerens sosiale kapital. Nettopp i form av at brukeren tilegner seg informasjon gjennom sosiale nettverk, som gir muligheten til mer innvirkning. Og således også gir en styrket selvforståelse og identitet (Ekeland og Heggen 2010).

Starrin (2009) hevder at dette henger sammen med å føle seg sosialt akseptert eller ikke, som igjen kan ha påvirkning for den psykiske helsen. Dette peker også Natvik, Gjengedal og Råheim (2013) på, i forhold til de som ikke opplever forventet hjelp av fedmekirurgi. Økt kroppsfokus, endringer i sosiale relasjoner og etablering av nye rutiner er nevnt som noen nye utfordringer i tillegg til de man hadde før operasjonen. Og følelser som skam, skyld og selvforakt preger både mestringsfølelsen og selvforståelsen, dersom vekt nedgangen ikke går som forventet eller at de opplever vekt oppgang.

### **5.2.3 Endringer og nye utfordringer**

I kjølvannet av operasjonen ble det beskrevet fra intervjupersonene noen nye utfordringer som for noen av dem ble overraskende. I tillegg til vekt tap, hvor kroppen minsker og endrer form, så var også fordøyelsesproblemer og hårtap nevnt som utfordringer de opplevde, uten at behandlingsapparatet ga noen ekstra oppfølging på grunn av det. Nye utfordringer stiller krav til oppfølgingen fra behandlingsapparatet (Rossavik 2013).

Noe som reiser også noen moralske spørsmål i forhold til individuell oppfølging. Hofmann (2010) hevder at bariatrisk kirurgi er effektiv på kort og medium sikt med tanke på vekttap og reduksjon av risikofaktorer og dødelighet. Men at selve operasjonen i seg selv ikke er kurerende, men en reduksjon av symptomer av en tilstand som er ansett for å komme av mangel på selvkontroll. Noe som krever refleksjon og god vurdering fra behandlingsapparatet.

Vekttap kan også oppleves utrygt og ubekvemt, noe som reiser et spørsmål om det egentlig gir en lettere tilværelse (Rugseth 2011). Dette støttes også av Groven (2014) som påpeker at utfordringene fra behandlingsapparatets side er nettopp å se hele helseeffekten av slik behandling. Det er i følge Berg (2013) utilstrekkelig og bare å redusere kroppen rent fysisk, uten å se på de relasjoner som skaper overvekten og som også opprettholder den. Det kan være problematisk å se resultatet av behandlingen uten å se behandlingskonteksten.

En annen utfordring flere av intervjupersonene beskrev var fettforikle eller overflødig hud som oppstod etter vekttap. Hvor behandling for dette var vanskelig siden det krever at man har klart å redusere sin KMI til et akseptabelt nivå, noe som førte til frustrasjon og skuffelse fra pasienten. Jabir (2013) hevder at plastisk kirurgi i denne sammenhengen har like mye funksjonell effekt som det har rent kosmetisk. Noe som også pekes på av Cano et al (2012), hvor slik behandling spiller en rolle for fullføringen av vektreduksjonsprosessen. Overflødig hud og arrdannelse kan gjerne bli sett på som mislykket behandling, men det er ikke alltid at plastisk kirurgi kan gi forventet resultat (Magdaleno et al.). 2011).

Noe som gjelder for flere av dem jeg intervjuet. Enten hadde de opplevd mislykket resultat av plastisk kirurgi, eller at de ble avvist på grunn av for høy KMI.

Forholdet til mat ble også beskrevet som en utfordring av flere av intervjupersonene før operasjonen. Dette fortsatte også etterpå, men det er ingen som beskriver dette som direkte årsak til utilfredsstillende vektreduksjon. Likevel beskriver flere av dem at de opplever spesiell trang til godteri eller snacks selv om de er klar over at dette ikke er sunt for dem. Og de fleste uttrykte også et behov for å delta i en eller annen form for gruppe for både å få råd og utveksle erfaringer.

Zunker et al (2012) skriver om fenomenet overspising eller grazing. Flere pasienter i deres studie forteller om spising som er ute av kontroll og at de gjerne spiser av kjedsomhet i stedet for sult. Spisevaner og problematikker rundt gode måltidsrutiner virker å ha fulgt personer med sykkelig overvekt gjennom hele livet. Derfor blir det viktig å følge opp dette etter operasjonen også, siden dette ikke lar seg behandle kirurgisk. Spisevaner er ofte et sensitivt og komplekst tema for pasienten, noe som gjør det nødvendig med mer kunnskap og fokus rundt denne problematikken (Natvik et al.). 2014).

Videre ble fysisk aktivitet trukket frem som en klar utfordring for de fleste jeg intervjuet. Særlig var det motivasjonen for å drive med målrettet trening over tid som var vanskelig. Flere beskrev også smerter av ulike årsaker, som en barriere for fysisk aktivitet. Dette samsvarer med hva Peacock, Sloan og Cripps (2014) skriver når de trekker frem nødvendigheten av å innføre gode rutiner for fysisk aktivitet. De trekker også frem et behov for mer forskning på dette området. Videre bør det også forskes videre på sammenhengen mellom bariatrisk kirurgi og påvirkning av smerter og artrose i ledd(Gill et al. 2011). Noe som også ble nevnt som en utfordring av flere av intervjupersonene.

#### **5.2.4 Kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid som en del av oppfølgingen**

Et av hovedfunnene fra intervjuene var at alle visste lite om hvilken korrespondanse som foregår mellom sykehuset hvor de ble operert og fastlegen. Og det var tydelig at de mente kommunikasjonen mellom disse var kun via skjema som ble fylt ut. Det var også den generelle oppfatningen blant dem at det var behandlingsapparatet sin oppgave å følge opp all kommunikasjon. De påpekte også at kommunikasjonen mellom sykehuset og dem selv var i hovedsak basert på utfylling av skjema, måling av resultat men lite samtale. Ut fra et ideal om brukermedvirkning kommer også diskusjonen rundt tverrfaglighet og tverrprofesjonelt arbeid. Med koordinering fra hjelpeapparatet(Willumsen 2009). Tverrprofesjonelt samarbeid bestående av team satt sammen av ulike profesjoner skal altså jobbe mot ett felles mål om å yte effektiv og helhetlig helsehjelp. Noe som i seg selv kan være utfordrende med tanke på profesjonsforståelse og gruppedynamikk(Kvarnstrøm 2009).

På denne måten blir gode samarbeidsrelasjoner en viktig forutsetning for å samarbeide(Brataas 2003). I følge intervjupersonene består oppfølgingen av kun kontroller poliklinisk ved sykehuset og fastlegen. De etterspør råd fra ernæringsfysiolog, og delvis psykolog. Men det er ingen som har direkte ytret et behov for ett samlet fagteam. Når Hollywood, Ogden og Pring (2012) peker på betydningen av psykologisk hjelp etter operasjonen så er det gjerne fordi eventuelle psykologiske utfordringer ikke har latt seg operere bort. Og at det er av betydning å se på de relasjoner som skaper og opprettholder overvekt(Berg, 2013). Likevel er finner jeg lite litteratur på hvordan fagteam skal jobbe for å utvikle god individuell oppfølging etter bariatrisk kirurgi.

## **6.0 KONKLUSJON OG MULIGE IMPLIKASJONER**

### **6.1 Konklusjon**

Målet for denne studien var å få en innsikt i erfaringer fra de som ikke har vært fornøyd med, eller er usikker på behandlingsresultatet etter bariatrisk kirurgi. Jeg intervjuet 4 pasienter som hadde gjennomgått slik behandling. Jeg har forsøkt å bringe litt mer klarhet i hva denne misnøyen kommer av, og det er særlig to ting som skiller seg ut. Det ene er at noen ikke opplever tilfredsstillende vektreduksjon, i tillegg til at de opplever vektoppgang etter noe tid. Det andre er at de på tross av vektreduksjon, ikke føler seg godt nok ivaretatt fra behandlingsapparatet.

Det kan se ut som at oppfølgingen ikke klarer å fange opp nye utfordringer som oppstår etter operasjonen, og således ikke klarer å tilby noen helhetlig oppfølging. Intervjupersonene beskriver mangel på informasjon både før og etter operasjonen, og de peker på behovet for individuell oppfølging. Kontrollene ved fedmepoliklinikken blir karakterisert som upersonlig og skjematisk med lite rom for samtale.

Det ser også ut til å være mindre fokus på kompetansen og bruken av fastlegen, fra pasientenes side. De fleste hadde lite innsikt i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen. Videre uttrykte de behov for råd og veiledning fra ulike profesjoner uten at det så ut til å være koordinert fra noen faginstans. I tillegg bringer de frem erfaringer om hvor krevende det er å gjøre endringer på hverdagslige rutiner i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, hvor mestring og motivasjon henger sammen.

Som en total oppsummering kan det virke som at det er flere ting som påvirker pasientens oppfatning av behandlingsresultatet. Det er altså ikke bare selve vektreduksjonen men også hvordan de opplever den totale behandlingen som avgjør om de anser behandlingen som en suksess eller ikke.

### **6.2 Mulige implikasjoner for praksis og videre forskning**

Tatt i betraktning at dette er en liten studie, så er det likevel grunn til å tro at det alltid er en viss andel av pasientene som ikke er fornøyd med behandlingen. Og med utgangspunkt i de erfaringene som beskrives av mine intervjupersoner så er det også forståelig at de finner behandlingsapparatet og oppfølgingen som utilstrekkelig. Siden flere av dem faktisk beskriver operasjon som det største håpet til å bli kvitt sin overvekt så forstår man at beslutningen om å gjennomføre en slik behandling er basert på noen negative erfaringer tidligere om det å redusere vekten sin.

Forventningene er altså høye til at livet skal endre seg etter operasjonen. Mens at de nye utfordringene som oppstår etterpå gir en ekstra belastning, som for flere utfordrer motivasjonen til egeninnsats.

I følge Rugseth (2011), så handler oppfølging mye om å se behandlingskonteksten, og stille spørsmålet: -gir vektreduksjon i seg selv den behandlingseffekten man går ut i fra, med tanke på en lettere tilværelse? Med bakgrunn i min studie så kan det se ut til at det er krevende å følge råd og veiledning uten at det er tettere oppfølging fra fysioterapeut, psykolog og ernæringsfysiolog. For å imøtekomme behovet for individuelt tilrettelagt behandlingsopplegg kan det også se ut til at samhandling og tverrfaglig samarbeid mellom profesjonene nevnt ovenfor er viktig.

I tillegg til fastlege og kontaktpersoner ved fedmepoliklinikk. Helsepersonellens profesjonalitet, har i følge Brown og Flint (2013) betydning for relasjonen mellom fagpersoner og pasienter. Og at det kreves mer forskning rundt de utfordringene behandlingsapparatet møter, gjennom et stadig økende antall kirurgisk behandlede pasienter. Jeg ønsker også å trekke frem behovet for å se mer på årsaken til sykkelig overvekt ut fra et emosjonelt og relasjonelt perspektiv.

## LITTERATURLISTE:

Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...» Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget.

Alquot, O., & Reynolds, F. (2014). Experiences of obesity among Saudi-Arabian women contemplating bariatric surgery: An interpretive phenomenological analysis. *Journal of Health Psychology* 19(5), 664-677.

Andersen, J. R. (2011). *Health-related quality of life before and after duodenal switch for morbid obesity*. (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet I Bergen.

Bagøien & Prescott (2013). Motiverende intervju (MI) – stil, teknikk og strategier i samtaler om endring. I Johnsen, K. & Engvold, H.O. (Red.) *Klinisk kommunikasjon i praksis*. (s. 23- 35). Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, A. (2013). *Forhandlinger om store kropper*. Bodø: Fakultet for samfunnsvitenskap, Universitetet i Nordland.

Brataas (2003). Kommunikasjon, relasjon og gruppeprosess. I Brataas, H. V. & Steen-Olsen, T. (Red.) *Kvalitet i samspill. Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. (s. 22-48). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Bocchieri, L., Meana, M. & Fisher, B. (2002). Perceived psychosocial outcomes of gastric-bypass surgery: A qualitative study. *Obesity Surgery* 12(6), 781-788.

Brown I. & Flint, S. (2013). Weight bias and the training of health professionals to better manage obesity: What do we know and what should we do? *Current obesity reports* 2(4), 333-40.

Buchwald, H. & Oien, D. M. (2013) Metabolic/Bariatric Surgery Worldwide 2011. *Obesity surgery* 23, 427-436.

Cassin, S. E., Sockalingham, S., Wnuts, S., Strimas, R., Royal, S., Hawa, R., Parikh, S. (2013). Cognitive behavioral therapy for bariatric surgery patients: Preliminary evidence for feasibility, acceptability and effectiveness. *Cognitive and behavioral practice* 20(4), 529-543.

Castro, M. R., Ferreira, V. N., Chinelato, R. C. & Ferreira, M. E. (2013). Body image in undergone bariatric surgery: Sociocultural interactions. *Motricidade* 9(3), 82(14).

Da Silva, S.S.P. & Da Costa, M.A. (2012) Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: A qualitative study. *Obesity surgery* 22(11), 1714-1722.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon I relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ekeland, T. J. (2010). Kommunikasjon som helseressurs. I Ekeland T. J. & Heggen, K. (Red.) *Meistring og Myndiggjering, reform eller retorikk?* (s. 29-53). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Forsberg, A., Engstrøm, Å. & Söderberg, S. (2014). From reaching the end of the road to at new lighter life. People`s experiences undergoing gastric-bypass surgery. *Intensive & critical care Nursing* 30(2), 93-100.

Gill, R. S, Al-adra, D .P, Shi, X., Sharma, A. M., Birch, D. W. & Karmali, S. (2011). The benefits of bariatric surgery in obese patients with hip and knee osteoarthritis: A systematic review. *Obesity reviews* 12(12), 1083-1089.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24. 105-112.

Groven, K. S., Råheim, M. og Engelsrud, G. (2015). Changing bodies, Changing habits: Women`s experiences of interval training following gastric-bypass surgery. *Health care for women international* 36(3), 276-302.

Groven, K. S. (2013). *Striving for healthy lives, striving for social acceptance. Women`s experiences following gastric-bypass surgery*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.

Grønning , I., Scrambler, G. & Tjora, A. (2013). From fatness to badness, the modern morality of obesity. *Health (London, England: 1997)* 17(3), 266-283.

Heggen, K. (2010). Rammer for meistring. I Ekeland, T. J. & Heggen, K. (Red.) *Meistring og myndiggjering, reform eller retorikk?* (s. 64-83). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse-Førde (13.03.2015). Hentet 16.05.2015 i fra: <http://www.helse-forde.no/no/OmOss/Avdelinger/fedmepoliklinikk/kirurgisk-behandling/Sider/side.aspx>.

Hofmann, B. (2010). Stuck in the middle. *The American journal of bioethics* 10(12), 3-11.

Hollywood, A., Ogden, J. & Pring, C. (2012). The impact of a bariatric rehabilitation service on weight loss and psychological adjustment- study protocol (report). *BMC Public Health* 12. 275.

Hånes, H., Graff-Iversen, S. & Meyer, H. med bidrag fra HUNT (Midthjell, K.). 2012. Overvekt og fedme hos voksne – fakta ark med statistikk. Hentet fra: <http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/overvekt-hos-voksne>.

Jabir, S. (2013). Assessing improvement in quality of life and patient satisfaction following body contouring surgery in patients with massive weight loss: A critical review of outcome measures employed. (Clinical report) *Plastic surgery international*.

Klassen, A. F., Cano, S. J., Scott, A., Johnson, J. & Pusic, A. L. (2012) Satisfaction and quality-of- life issues in body contouring surgery patients: A qualitative study. *Obesity surgery* 22(10), 1527-1534.

Knutsen, I.R., Terragni, L. & Foss, C. (2013). Empowerment and Bariatric surgery. *Qualitative Health Research* 23(1), 66-77.

Kvarnstrøm (2009). Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I Willumsen, E. (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (s. 88-104). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, T. & Sagvaag, H. (2011). Brukermedvirkning: Mer enn fordeling av makt I tjenesteutvikling. I Johannessen, A. S., Natland, S. & Støkken, A. M. (Red.) *Samarbeidsforskning i praksis*. (s. 52-65). Oslo: Universitetsforlaget.

Lynch, Ch. S., Chang, J. C., Ford, A. F. & Ibrahim, S. A. (2007). Obese African-American women`s perspective on weight-loss and bariatric surgery. *Journal of general internal medicine* 22(7), 808-914.

Magdaleno, R., Chaim, E. A. Pareja J.C. & Turato, E.R. (2011). The psychology of bariatric patient: What replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery* 21(3), 336-339.

Magdaleno, R., Chaim, E .A. & Egberto, R. (2010). Understanding the life experiences of Brazilian women after bariatric surgery: A qualitative study. *Obesity Surgery* 20(8), 1086-4.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder I medisinsk forskning, en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.



Marceau, P., Biron, S., Hould, F-S., Lebel, S., Marceau, S., Lescelleur, O., Biertho, L. & Simard, S. (2007). Duodenal switch: Long-Term results. *Obesity surgery* 17, 1421-1430.

Meana, M. & Ricciardi, L. (2008). *Obesity surgery, Stories of Altered lives*. USA, Nevada: University of Nevada Press.

Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C. & Råheim, M. (2014). Re-embodying eating. *Qualitative health research* 24(12), 1700-1710.

Natvik, E., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Totally changed, yet still the same: Patients` lived experiences 5 years beyond bariatric surgery. *Qualitative health research* 23(9), 1202-1214.

Ogden, J., Avnell, S. & Ellis, G. (2011). Negotiating control: Patient`s experiences of unsuccessful weight-loss surgery. *Psychology and health* 26(7), 949-964.

Ogden, J., Clementi, C., Aylwin, S. & Patel, A. (2005) Exploring the impact of obesity surgery on patient`s health status: A quantitative and qualitative study. *Obesity Surgery* 15(2), 266-272.

Oria H. E. & Moorehead, M. K. (2009) Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). Hentet i fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19161935>.

Peacock, J., Sloan, S. & Cripps, B. (2014). A qualitative analysis of bariatric patient`s post-surgical barriers to exercise. *Obesity surgery* 24(2), 292-298.

Rossavik, M. (2013). Hvordan opplever gastrisk bypass-opererte utfordringene de møter etter operasjonen og hva oppgir de som hensiktsmessig og god oppfølging fra helsevesenet? (masteroppgave). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Rugseth, G. (2013) *Overvekt som livserfaring: Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag*. Oslo: Medisinske fakultet, universitetet i Oslo.

Smiths, F., & Farrants, J.R. (2013). Shame and self-acceptance in continued flux: Qualitative study of the embodied experience of significant weight loss and removal of resultant excess skin by plastic surgery. *Journal of Health Psychology* 18(9), 1129-1140.

Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I Rønning, R. & Starrin, B. (Red.) *Sosial kapital i et velferdsperspektiv. Om å forstå og styrke utsatte sosiale gruppers sosiale forankring*. (s. 31-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Verdens legeforening. (2013) Helsinkideklarasjonen. Hentet fra:

<http://legeforeningen.no/emner/andre-emner/etikk/internasjonalt/helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>

Wang, H., Hofmann, B., & Høymork, S. C. (2014). Kirurgisk behandling ved fedme. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/kirurgisk-behandling-ved-fedme>.

Warholm, C., Øien, A. M. & Råholm, M.B. (2014). The ambivalence of losing weight after bariatric surgery. *International journal of qualitative studies on health and well-being* 9, 1-13.

World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global epidemic. *Report of a WHO consultation on obesity. WHO Technical Report Series No. 894*.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I Willumsen, E. (Red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (s. 16-35). Oslo: Universitetsforlaget.

Ziljstra, H., Hennie, R., Larsen, J. K., van Ramhorst, B. & Geenen, R. (2009). Patient`s explanations for unsuccessful weight-loss after laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB). *Patient education and counseling* 75(1), 108-113.

Zunker, C., Karr, T., Saunders, R. & Mitchell, J. E. (2012). Eating behaviors post-bariatric surgery: A qualitative study of grazing. *Obesity surgery* 22(8), 1225-1231.

## Vedlegg 1



John Roger Andersen  
Avdeling for helsefag Høgskulen i Sogn og Fjordane  
Postboks 523  
6800 FØRDE

Vår dato: 08.09.2014

Vår ref: 39 5731 31 SSA

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39573</i>	<i>Oppfølging og behandling av fedmeopererte pasienter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>John Roger Andersen</i>
<i>Student</i>	<i>Tone Sandvik</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentar er samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tone Sandvik sandviktone@yahoo.no

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *«Oppfølging og behandling av fedmeopererte pasienter»*

#### **Bakgrunn og formål**

Formålet med denne studien er å se nærmere på pasienterfaringer i forhold til behandling og oppfølging hos personer som har gjennomgått fedmekirurgi.

Denne studien skiller seg ut fra tidligere studier fordi den fokuserer spesielt på pasienter som er misfornøyde eller usikre på om de er fornøyde med det samlede behandlingsresultatet etter fedmekirurgi.

Å undersøke historiene til disse pasientene håper vi kan gi bedre innsikt i hvordan behandlingsapparatet fungerer og om pasientene eventuelt har andre behov som behandlingsapparatet ikke dekker slik det er nå.

Undersøkelsen blir til en masteroppgave utarbeidet av masterstudent (Tone Sandvik) ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag. Resultatene vil også bli publisert som en vitenskapelig artikkel.

Prosjektleder og veileder er John Roger Andersen, sykepleier og forsker i Helse Førde, og førsteamanuensis ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Det er Helse Førde, ved prosjektleder John Roger Andersen, som foretar rekruttering av deltakere til studien. Hovedkriteriene for deltakelse er at du har gjennomgått gastric-sleeve operasjon og gjennomført 5 års etterkontroll. Du må videre ha svart at du var usikker eller ikke fornøyd med behandlingsresultat etter fedmekirurgi på spørreundersøkelsen du fylte ut knyttet til denne kontrollen.

Studien innebærer et personlig intervju med deg. Intervjuet blir gjennomført på et kontor eller annet uforstyrret sted som er praktisk for deg. Intervjueren (Tone Sandvik) vil på forhånd ha utarbeidet en intervjuguide med noen få hovedspørsmål. Intervjuet vil foregå som en samtale mellom intervjuer og deg, og intervjuet vil bli tatt opp på bånd for så å skrives ned og analyseres etterpå. Varigheten av intervjuet er ca. 1 time. Spørsmålene vil i hovedsak dreie seg om din opplevelse av den behandlingen du har fått og hvordan tiden etter operasjon har forløpt i forhold til forventninger og behov.

### **Mulige fordeler og ulemper ved deltakelse i studien**

Å delta på et slikt intervju kan være en interessant og nyttig erfaring. Å dele erfaringer i forhold til å ha gjennomgått fedmekirurgi vil kunne medføre at du tenker tilbake på både positive og negative opplevelse du har hatt. Utover dette vil ikke studien fordeler eller ulemper for deg.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger blir behandlet strengt konfidensielt. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til personopplysningene. Alt datamateriale vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennelige opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste (koblingsnøkkel) som blir oppbevart på sikret PC hos Helse Førde. Alle notater og lydopptak oppbevares i låsbar safe og oppbevares separat fra koblingsnøkkel. I tillegg vil elektroniske notater og bearbeiding av tekst lagres på studentens private bærbare pc, som har egen brukerkonto beskyttet med eget brukernavn og passord. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonene som blir gjort offentlig.

Prosjektet skal senest avsluttes 01.12.2015. Alle lydopptak og koden som knytter din identitet til prosjektet blir slettet ved prosjektslutt. Helse Førde vil derimot beholde en elektronisk kopi av teksten fra ditt intervju i inntil 5 år etter prosjektslutt, men fordi koblingsnøkkelen er destruert vil det være umulige å knytte teksten til din identitet. Årsaken til å bevare tekst fra intervjuet er at en del tidsskrifter krever at råmaterialet en artikkel er bygd på er tilgjengelig en tid etter publikasjon.

### **Samtykke**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn, uten at dette har noen konsekvenser for videre behandling i helsevesenet.

**Dersom du ønsker å delta i studien så ber vi deg undertegne samtykkeerklæringen på neste side og returnere den til oss inne to uker. Frankert konvolutt er vedlagt.**

Når jeg eventuelt mottar samtykke fra deg så vil du bli kontaktet for å avtale tid og sted for intervjuet, som vil bli lokalisert på et egnet sted nært ditt hjemsted.

Dersom du har spørsmål eller har spørsmål til studien, eller på et senere tidspunkt vil trekke deg fra studien kan du ta kontakt med prosjektleder John Roger Andersen.

John Roger Andersen  
 Sykepleier og forsker i Helse Førde.  
 Førsteamanuensis ved Høgskulen i  
 Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag.  
 Telefon: 482 78 186  
 E-post: [johnra@hisf.no](mailto:johnra@hisf.no)

## **Samtykke til deltakelse i studien: «Oppfølging og behandling av fedmeopererte pasienter»**

(Send dette arket til oss i frankert konvolutt som er vedlagt)

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i studien.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3

### INTERVJUGUDIE TIL FORSKNINGSPROSJEKT/MASTEROPPGAVE

#### 1: Innledningsfase (ca 15 min.)

Kort presentasjon av både meg og intervjuperson for å bli litt kjent.

Informere om prosjektets formål og bakgrunn, samt informere om taushetsplikt og anonymitet.

Informere om lydopptak, samtykke til lydopptak.

#### 2: Overgangsspørsmål (ca 15 min.)

- Hvilke tanker og erfaringer har du rent generelt når det gjelder oppfølging av fedmeopererte?

#### 3: Hovedspørsmål (ca 40-50 min)

- Hvordan vil du beskrive din livssituasjon før operasjonen?  
( oppvekst, helse, livskvalitet)
- Kan du kort fortelle hvordan tiden, etter operasjonen og frem til i dag, har vært for deg i forhold til forventninger og behov?
- Kan du beskrive hvor og hvordan din oppfølging/behandling foregår?
- Er det noe du mener burde vært gjort annerledes i forhold til ditt behandlingsopplegg?
- Hva vil du si har vært de mest positive sidene ved din behandling?
- Dersom du stod overfor en person som skal ta operasjonen, hva ville du fortalt vedkommende, med utgangspunkt i dine erfaringer?

#### 4: Oppsummering (ca 15 min.)

- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?



## Del av evalueringsskjema

56

Her er et bilde av en stige. Øverst på stigen (10) står for det best mulige livet for deg og nederst på stigen (0) er det verst mulige livet for deg.

Generelt sett hvor synes du at du står på stigen nå for tiden?

Sett kryss i den boksen som står ved siden av nummeret som best forteller hvor du står.

10	<input type="checkbox"/>	10	Best mulig liv
9	<input type="checkbox"/>	9	
8	<input type="checkbox"/>	8	
7	<input type="checkbox"/>	7	
6	<input type="checkbox"/>	6	
5	<input type="checkbox"/>	5	
4	<input type="checkbox"/>	4	
3	<input type="checkbox"/>	3	
2	<input type="checkbox"/>	2	
1	<input type="checkbox"/>	1	
0	<input type="checkbox"/>	0	Dårligst mulig liv

Det siste spørsmålet (nr. 57) skal kun besvares etter operasjon.

57. Hvor fornøyd er du, alt tatt i betraktning, med behandlingsresultatet etter overvektskirurgi?

Svært fornøyd.....	1 <input type="checkbox"/>
Fornøyd.....	2 <input type="checkbox"/>
Usikker.....	3 <input type="checkbox"/>
Misfornøyd.....	4 <input type="checkbox"/>

Takk for at du deltok!